

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na:

usługę przeprowadzenia kontroli jakości badań cytologicznych i mammograficznych wykonywanych w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy i Programu profilaktyki raka piersi

I. OFERTĘ SKŁADA:

Nazwa Wykonawcy	
<u>wpisany do:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy</u> pod nr KRS • <u>lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej</u>
NIP	
REGON	
Adres:	
Telefon:	
Fax:	
e-mail:	

WYKONAWCA:

To małe/średnie przedsiębiorstwo	tak/nie*
Pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej	tak/nie*
Pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej	tak/nie*

*niepotrzebne skreślić

My, niżej podpisani, niniejszym oświadczamy, co następuje:
 Oferujemy, zgodnie z wymaganiami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wykonanie przedmiotu zamówienia tj.: usługę przeprowadzenia kontroli jakości badań cytologicznych i mammograficznych wykonywanych w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy i Programu profilaktyki raka piersi oraz oceny zdjęć mammograficznych w ramach audytu klinicznego zdjęć mammograficznych dla realizatorów Programu profilaktyki raka piersi

1. Cena oferty wg przedmiotu zamówienia określonego w SIWZ wynosi:

Pakiet nr 1 - badania cytologiczne:

Ø zadanie Nr 1 - etap podstawowy (210 placówek)

cena jednostkowa oferty (netto) - kontrola 1 placówki _____ zł ___ gr

(słownie: _____)

podatek od towarów i usług (VAT) wg stawki 23 % _____ zł ___ gr

(słownie: _____)

cena jednostkowa oferty (brutto) - kontrola 1 placówki _____ zł ___ gr

(słownie: _____)

Łączna cena oferty (netto) - cena jedn. netto x 210 _____ zł ___ gr

- (słownie złotych _____)

Łączna cena oferty (brutto) - cena jedn. brutto x 210 _____ zł ___ gr

- (słownie złotych _____)

Ø zadanie Nr 2 - etap diagnostyczny (86 placówek)

cena jednostkowa oferty (netto) - kontrola 1 placówki _____ zł ___ gr

(słownie: _____)

podatek od towarów i usług (VAT) wg stawki 23 % _____ zł ___ gr

(słownie: _____)

cena jednostkowa oferty (brutto) - kontrola 1 placówki _____ zł ___ gr

(słownie: _____)

Łączna cena oferty (netto) - cena jedn. netto x 86 _____ zł ___ gr

- (słownie złotych _____)

Łączna cena oferty (brutto) - cena jedn. brutto x 86 _____ zł ___ gr

- (słownie złotych _____)

Ø zadanie Nr 3 - etap pogłębionej diagnostyki (106 placówek)

cena jednostkowa oferty (netto) - kontrola 1 placówki _____ zł ___ gr

(słownie: _____)

podatek od towarów i usług (VAT) wg stawki 23 % _____ zł ___ gr

(słownie: _____)

cena jednostkowa oferty (brutto) - kontrola 1 placówki _____ zł ___ gr
(słownie: _____)

łączna cena oferty (netto) - cena jedn. netto x 106 _____ zł ___ gr
- (słownie złotych _____)

łączna cena oferty (brutto) - cena jedn. brutto x 106 _____ zł ___ gr
- (słownie złotych _____)

Pakiet nr 2 - badania mammograficzne (420 aparatów)

cena jednostkowa oferty (netto) - kontrola 1 aparatu _____ zł ___ gr
(słownie: _____)

podatek od towarów i usług (VAT) wg stawki 23 % _____ zł ___ gr
(słownie: _____)

cena jednostkowa oferty (brutto) - kontrola 1 aparatu _____ zł ___ gr
(słownie: _____)

łączna cena oferty (netto) - cena jedn. netto x 420 _____ zł ___ gr
- (słownie złotych _____)

łączna cena oferty (brutto) - cena jedn. brutto x 420 _____ zł ___ gr
- (słownie złotych _____)

2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń. Tym samym zobowiązujemy się do spełnienia wszystkich warunków zawartych w SIWZ.
3. Oferujemy termin płatności dni (min. 60 dni) od daty dostarczenia faktury do Zamawiającego.
4. Podane w Ofercie ceny obejmują pełny przedmiot i zakres zamówienia zgodnie z zasadami i warunkami określonymi w SIWZ a także uwzględniają wszystkie składniki związane z realizacją przedmiotu zamówienia wpływające na wysokość ceny.
5. Oświadczamy, że złożona oferta jest ważna przez 60 dni od dnia składania ofert.

Na potwierdzenie tego wnieśliśmy wadium w wysokości PLN (słownie: PLN) w postaci

w tym:

Pakiet nr:	Wartość wadium:
1	
2	
ŁĄCZNIE:	

6. Jesteśmy świadomi, że gdyby z naszej winy nie doszło do zawarcia umowy, wniesione przez nas wadium ulega przepadkowi. Wadium należy zwrócić na nr konta

..... w Banku

7. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty zawrzemy umowę z Zamawiającym zgodnie z Wzorem umowy, stanowiącym Załącznik nr do SIWZ.

8. Oświadczamy, że poniższe części zamówienia zlecimy podwykonawcom*

.....
.....(zakres/nazwa podwykonawcy)

9. Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym:

.....

tel. faks:..... e-mail:

10. Informacje zawarte na stronach stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 Ustawy O Zwalczaniu Nieuczciwej Konkurencji (tekst jednolity Dz. U. z 2003r. Nr 153, poz. 1503 z późn. zm.) i nie mogą być udostępniane przez Zamawiającego. *

11. Inne ważne informacje nie podane wyżej

12. Do oferty załączamy poniższe dokumenty lub oświadczenia:

1/.....

2/.....

.. /

*niepotrzebne skreślić

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń w imieniu Wykonawcy lub pieczęć wraz z podpis

* jeżeli wymagana jest reprezentacja łączna

Przedmiot zamówienia

1. Kontrola jakości przesiewowych badań mammograficznych będzie realizowana na podstawie umowy nr 1/2-3/1/2016/97/640 zawartej pomiędzy Ministrem Zdrowia a Centrum Onkologii – Instytutem w Warszawie w ramach programu wieloletniego pn. Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych, w zakresie zadania pn. Koordynacja i monitorowanie jakości profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy. Koszty kontroli pokryte zostaną z powyższej umowy.
2. Kontrolą objętych zostanie ok. 420 aparatów wykonujących badania mammograficzne w ramach Programu profilaktyki raka piersi na terenie całego kraju.
3. Kontrola wykonywana będzie w oparciu o imienne upoważnienia Ministra Zdrowia i wymaga wizytacji świadczeniodawcy przez co najmniej 1 kontrolera.
4. Kontrolerami winni być **fizycy** z tytułem co najmniej magistra z preferencją dla specjalistów fizyki medycznej. Rekomendowane są osoby z: co najmniej rocznym doświadczeniem w zakresie kontroli świadczeniodawców „Programu profilaktyki raka piersi” w oparciu o upoważnienie Ministra Zdrowia, a w przypadku kontroli pracowni wykorzystujących do skryningu mammograficznego systemy cyfrowe lub ucyfrowione, osoby z doświadczeniem w wykonaniu kontroli co najmniej 5 tego typu pracowni.
5. Kontrole będą przeprowadzane przez osoby spełniające warunek bezstronności w stosunku do kontrolowanych świadczeniodawców.
6. Wykonawca kontroli przedstawi Centralnemu Ośrodkowi Koordynującemu pełną informację o kompetencjach poszczególnych osób do przeprowadzenia kontroli.
7. Kontrolujący weryfikuje bezpośrednio ze świadczeniodawcą oraz OW NFZ liczbę i rodzaj aparatów mammograficznych z listy otrzymanej z COK.
8. Kontrola ma potwierdzić zgodność działalności kontrolowanej jednostki z interesem kobiet podlegających procedurom mammografii skryningowej, a w przypadku braku takiej możliwości, ma udokumentować niezgodność działalności jednostki z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie.
9. Zadania kontrolującego:
 - 1) Pisemne powiadomienie świadczeniodawcy o planowanej kontroli jakości – ustalenie stosownego terminu (za potwierdzeniem odbioru).

- 2) Na początku wizytacji jednostki kontroler w porozumieniu ze świadczeniodawcą ustala, które osoby upoważnione są do reprezentowania świadczeniodawcy podczas kontroli. Jako minimum wymaga się obecności 1 osoby upoważnionej do prezentowania testów kontroli jakości oraz do obsługi mammografu.
- 3) Dokonywana jest identyfikacja mammografu; na podstawie paszportu, numeru umieszczonego na mammografie, ewentualnie innej dokumentacji, ustalany jest jego numer seryjny, data produkcji oraz instalacji, itd.
- 4) Sprawdza się poprawność i kompletność zapisów dotyczących testów kontroli jakości oraz zgodność dokumentowanych wyników testów z wymaganym zakresem. W przypadku stwierdzenia przekraczania granic tolerancji kontroler zobowiązany jest do zbadania, czy jednostka podjęła w porę właściwe działania korygujące. Testy wykonywane przez świadczeniodawcę we własnym zakresie podlegają analizie pod kątem poprawności stosowanej metodyki. Ewentualne zastrzeżenia są na bieżąco sygnalizowane przez kontrolerów. Kontroli podlega okres od 1.10.2016 r. do 30.06.2017 r.
- 5) Dokonywane są pomiary niektórych fizycznych parametrów systemu mammograficznego. Pozostałe parametry do protokołu przepisywane są z testów specjalistycznych lub innych testów użytkownika. Analiza obejmuje szeroki zakres pracy systemu, przy czym jako najważniejsze przy formułowaniu oceny jednostki uznaje się te, które mają wpływ na jakość diagnostyczną uzyskiwanego obrazu oraz na dawkę promieniowania jonizującego otrzymywaną przez badaną kobietę.
- 6) W czasie niezależnym od wizytacji jednostki kontrolerzy dokonują szczegółowej analizy zebranego materiału oraz wypełniają protokół kontroli w formie ustalonej przez Centralny Ośrodek Koordynujący.
- 7) Końcowa ocena badań mammograficznych wykonywanych w ramach „Programu profilaktyki raka piersi” jest formułowana przez osoby przeprowadzające kontrolę na podstawie wyników oceny realizacji testów odbiorczych, specjalistycznych i podstawowych oraz oceny wybranych parametrów aparatury mammograficznej. Nieprawidłowości w dowolnym z ocenianych obszarów oznaczają niespełnienie wymogów prawa i mogą stanowić podstawę do sformułowania negatywnej oceny końcowej. Kluczowe warunki mogące powodować ocenę negatywną sformułowane w pkt 8.
- 8) W przypadku pracowni wykorzystującej analogowe systemy obrazowania w procesie formułowania oceny końcowej kontroler zobligowany jest do przywiązania szczególnej uwagi do wystąpienia dowolnego z wymienionych poniżej warunków:
 - brak protokołu z testów specjalistycznych (nie starszego niż rok),

- brak działań korygujących w przypadku negatywnych wyników testów specjalistycznych,
- całkowity brak wykonywania co najmniej jednego z testów podstawowych,
- brak działań korygujących w przypadku powtarzających się negatywnych wyników testów podstawowych,
- pole promieniowania wykraczające poza obszar detektora o ponad 5 mm od strony klatki piersiowej,
- zbyt wysoka średnia dawka gruczołowa dla ekspozycji klinicznej (powyżej limitu dla danej grubości fantomu).

W przypadku pracowni wykorzystującej cyfrowe lub ucyfrowione systemy obrazowania w procesie formułowania oceny końcowej kontroler zobligowany jest do przywiązania szczególnej uwagi do wystąpienia dowolnego z wymienionych poniżej warunków:

- brak działań korygujących w przypadku negatywnych wyników testów kontroli jakości,
- pole promieniowania wykraczające poza obszar detektora o ponad 5 mm od strony klatki piersiowej,
- zbyt wysoki progowy kontrast obrazu,
- zbyt wysoka średnia dawka gruczołowa dla ekspozycji klinicznej (powyżej limitu dla danej grubości fantomu).

9. Wypełnione i podpisane protokoły kontrolerzy przekazują do: świadczeniodawcy, Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia właściwego dla siedziby świadczeniodawcy i Centralnego Ośrodka Koordynującego (za potwierdzeniem odbioru) w nieprzekraczalnym terminie do 30 listopada 2017 r.

10. NFZ po otrzymaniu raportu z kontroli jakości zawierającego ocenę negatywną, na podstawie obowiązujących przepisów, powinien niezwłocznie wstrzymać kontrakt na wykonywanie skryningu mammograficznego przez świadczeniodawcę, do którego dany raport się odnosi. NFZ może wznowić kontrakt dopiero po otrzymaniu pisma od COK z informacją o tym, że „przysłana przez świadczeniodawcę dokumentacja obrazuje usunięcie wszystkich nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli.”

11. W przypadku przysłania do COK przez ocenionego negatywnie świadczeniodawcę materiałów mających obrazować wyeliminowanie nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli COK powinien zasięgnąć opinii kontrolerów, którzy wykonywali kontrolę u danego świadczeniodawcy. Kontrolerzy są zobowiązani do oceny, czy dokumentacja odnosi się do wszystkich przez nich stwierdzonych zastrzeżeń. Kontrolerzy jako wynik oceny na adres COK przekazują pismo zawierające zdanie „Przysłana dokumentacja obrazuje (lub nie

obrazuje) usunięcie wszystkich nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli.” W przypadkach wątpliwych, zasygnalizowanych przez kontrolerów, COK może wnioskować do świadczeniodawcy o przysłanie dokumentacji uzupełniającej. COK przesyła otrzymane od kontrolerów pismo (jako załącznik) do terytorialnie właściwego dla siedziby świadczeniodawcy Oddziału NFZ i do świadczeniodawcy.

12. Główne akty prawne w oparciu, o które formułowane są ustalenia z kontroli to:

- aktualnie obowiązujące *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych,*
- aktualnie obowiązujące *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,*
- aktualnie obowiązujące *Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne,*
- aktualnie obowiązujące *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej.*

13. Dane uzyskane podczas kontroli, zawarte w protokole będą poddane analizie i wykorzystane do przygotowania podsumowań z realizacji programu, jak również opracowania wniosków co do przyszłych działań w tym zakresie.

Zasady realizacji kontroli świadczeniodawców etapu podstawowego „Programu profilaktyki raka szyjki macicy” w zakresie jakości badań cytologicznych.

Zadanie finansowane przez Ministra Zdrowia w ramach programu wieloletniego pn. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, w zakresie zadania pn. Koordynacja i monitorowanie jakości profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy

2017

1. Kontrola wykonywana będzie w oparciu o imienne upoważnienia Ministra Zdrowia i wymaga wizytacji świadczeniodawcy.
2. Kontrola obejmuje okres od 01.01. do 31.12.2016 roku oraz od 01.01. do 30.06.2017 roku.
3. Centralny Ośrodek Koordynujący (COK) przeprowadzi postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego, w wyniku którego wybrany zostanie wykonawca kontroli etapu podstawowego obejmującej cały kraj.
4. Firma wyłoniona w drodze przetargu przedstawi COK pełną informację o kompetencjach poszczególnych osób, które będą prowadziły kontrole. Osoby kontrolujące winny spełniać wymagania i posiadać kompetencje zgodne z wykazem wymagań stanowiącym Załącznik nr 1 oraz 1a. Podpisane Załącznik nr 1 i Załącznik nr 1 a muszą zostać dostarczone do COK.
5. Wykonawcy kontroli jakości wybrani w drodze przetargu zobowiązani są do spełniania kryterium bezstronności, co potwierdzają poprzez dostarczenie do COK podpisanego Załącznika nr 2.
6. Po wyłonieniu wykonawcy kontroli, COK dokona wyboru 10% świadczeniodawców posiadających kontrakt na realizację etapu podstawowego Programu profilaktyki raka szyjki macicy, którzy równocześnie wykonali co najmniej 1 badanie cytologiczne w ramach ww. Programu, z listy uzyskanej z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia po zakończeniu procesu kontraktowania w 2017 roku.
7. COK wystąpi do Ministerstwa Zdrowia o wydanie upoważnień do przeprowadzenia kontroli wybranych świadczeniodawców.

8. Kontrola świadczeniodawców przeprowadzana będzie w oparciu o kryteria określone w Protokole opracowanym przez Centralny Ośrodek Koordynujący stanowiącym Załącznik nr 3.
9. Firma wyłoniona w przetargu na przeprowadzenie kontroli zajmie się również obsługą administracyjną kontroli tj.:
 - pisemnym powiadomieniem kontrolowanego świadczeniodawcy o terminie i zakresie kontroli (za potwierdzeniem odbioru),
 - przekazaniem protokołów pokontrolnych świadczeniodawcy, Centralnemu Ośrodkowi Koordynującemu oraz odpowiednim dla siedziby świadczeniodawcy OW NFZ (za potwierdzeniem odbioru) w nieprzekraczalnym terminie **do dnia 30 listopada 2017 r.**
10. W przypadku zgłoszenia przez świadczeniodawcę wątpliwości do danych zawartych w protokole z kontroli jakości oraz wniosków końcowych, kontrolerzy zobowiązani są udzielić dodatkowych pisemnych wyjaśnień.
11. Dane uzyskane podczas kontroli, zawarte w protokole będą poddane analizie i wykorzystane do przygotowania podsumowań z realizacji programu, jak również opracowania wniosków co do przyszłych działań w zakresie kształtu i realizacji programu.

Wykaz załączników:

1. Załącznik nr 1 - Wymagania dla osób, które będą realizowały kontrole świadczeniodawców etapu podstawowego „Programu profilaktyki raka szyjki macicy”,
2. Załącznik nr 1a - Oświadczenie o doświadczeniu pracy w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki,
3. Załącznik nr 2 - Oświadczenie o spełnianiu kryterium bezstronności wobec kontrolowanego świadczeniodawcy,
4. Załącznik nr 3 – Protokół z kontroli jakości świadczeniodawców etapu podstawowego.

Wymagania dla osób, które będą realizowały kontrole świadczeniodawców etapu podstawowego „Programu profilaktyki raka szyjki macicy”

- Wykształcenie co najmniej średnie medyczne (rekomendowani są lekarze ginekolodzy, pielęgniarki lub położne, byli pracownicy WOK i byli pracownicy COK).
- Co najmniej roczne doświadczenie w pracy w SIMP potwierdzone stosownym oświadczeniem (Załącznik 1a).

W przypadku, gdy 1 osoba nie spełnia jednocześnie ww. wymogów, możliwe jest prowadzenie kontroli przez 2 osoby spełniające wymagania równocześnie.

.....
Imię i nazwisko (czytelnie)

Załącznik 1a

....., dnia2017 r.
Miejscowość

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż posiadam co najmniej roczne doświadczenie pracy w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki, które nabyłem/am.....
(podać rodzaj wykonywanej pracy, bądź powód korzystania z SIMP oraz okres).

.....
Imię i nazwisko (czytelnie)

....., dnia2017 r.
Miejscowość

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż wobec świadczeniodawców wymienionych w załączniku nr 3:

- n** Nie wchodzę w skład organów statutowych i nie pełnię funkcji kierowniczej u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola i nie jestem przedstawicielem tego świadczeniodawcy.
- n** Nie jestem małżonkiem, krewnym lub powinowatym w linii prostej, krewnym bocznym do czwartego stopnia, powinowatym bocznym do drugiego stopnia osoby wchodzącej w skład organów statutowych lub pełniącej funkcje kierownicze u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.
- n** Nie jestem związany z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.
- n** Nie jestem pracownikiem świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola, zatrudnionym na podstawie umowy o pracę, wyboru, mianowania, powołania lub umowy cywilno - prawnej.

Jestem również świadoma/y, że:

- n** biorąc udział w kontroli mogę zostać z niej wyłączona/y, jeżeli pomiędzy mną a osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawcy lub będącą przedstawicielem świadczeniodawcy, zachodzi stosunek osobisty tego rodzaju, że mógłby wywołać wątpliwości co do mojej bezstronności;
- n** wymienione wyżej powody wyłączenia z kontroli, obowiązują także po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.

Ponadto zobowiązuję się do:

- n** informowania o każdej sytuacji zaistnienia przesłanek do wyłączenia mnie z prowadzenia kontroli u danego świadczeniodawcy;
- n** przeprowadzenia kontroli zgodnie z przyjętymi zasadami u świadczeniodawców wskazanych w załączniku 3 do niniejszego oświadczenia.

.....

Imię i nazwisko (czytelnie)

**Zasady realizacji kontroli świadczeniodawców „Programu profilaktyki raka szyjki macicy” –
etapu diagnostycznego w zakresie jakości badań cytologicznych.**

Zadanie finansowane przez Ministra Zdrowia w ramach programu wieloletniego pn. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, w zakresie zadania pn. Koordynacja i monitorowanie jakości profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy

2017

1. Kontrola wykonywana jest w oparciu o imienne upoważnienia Ministra Zdrowia i wymaga wizytacji świadczeniodawcy.
2. Kontrola obejmuje okres od 01.01. do 31.12.2016 roku oraz od 01.01. do 30.06.2017 roku.
3. Centralny Ośrodek Koordynujący przeprowadzi postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego, w wyniku którego wybrany zostanie wykonawca kontroli etapu diagnostycznego obejmującej świadczeniodawców w całym kraju.
4. Firma wyłoniona w drodze przetargu przedstawi COK pełną informację o kompetencjach poszczególnych osób, które będą prowadziły kontrole. Osoby kontrolujące winny spełniać wymagania i posiadać kompetencje zgodne z wykazem wymagań stanowiącym Załącznik nr 1 oraz Załącznik 1a. Podpisane Załącznik nr 1 i Załącznik nr 1a muszą być dostarczone do COK.
5. Wykonawcy kontroli jakości wybrani w drodze przetargu zobowiązani są do spełniania kryterium bezstronności, co potwierdzają poprzez dostarczenie do COK podpisanego Załącznika nr 2.
6. Po wyłonieniu wykonawcy kontroli, uzyskaniu z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia listy świadczeniodawców w Programie profilaktyki raka szyjki macicy, COK występuje do Ministerstwa Zdrowia o wydanie upoważnień do prowadzenia kontroli.
7. Kontroli poddanych zostanie 100% świadczeniodawców, którzy wykazują się wykonywaniem kontraktu na realizację Programu profilaktyki raka szyjki macicy w etapie diagnostycznym, wg listy uzyskanej z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, po zakończeniu procesu kontraktowania świadczeniodawców w 2017 roku.

8. Kontrola świadczeniodawców przeprowadzana jest w oparciu o kryteria określone w Protokole opracowanym przez Centralny Ośrodek Koordynujący, stanowiącym Załącznik nr 3 .
9. Firma wyłoniona w przetargu na przeprowadzenie kontroli zajmie się również obsługą administracyjną kontroli tj.:
 - pisemnym powiadomieniem kontrolowanego świadczeniodawcy o terminie i zakresie kontroli (za potwierdzeniem odbioru),
 - przekazaniem protokołów pokontrolnych świadczeniodawcy, Centralnemu Ośrodkowi Koordynującemu oraz odpowiednim dla siedziby świadczeniodawcy OW NFZ (za potwierdzeniem odbioru) w nieprzekraczalnym terminie **do dnia 30 listopada 2017 r .**
10. W przypadku zgłaszania przez świadczeniodawcę wątpliwości do danych zawartych w protokole z kontroli jakości oraz wniosków końcowych, kontrolerzy zobowiązani są udzielić dodatkowych pisemnych wyjaśnień.
11. Dane uzyskane podczas kontroli, zawarte w protokole będą poddane analizie i wykorzystane do przygotowania podsumowań z realizacji programu, jak również opracowania wniosków co do przyszłych działań w zakresie kształtu i realizacji programu.

Wykaz załączników:

1. Załącznik nr 1 - Wymagania dla osób, które będą realizowały kontrole świadczeniodawców etapu pogłębionej diagnostyki „Programu profilaktyki raka szyjki macicy”,
2. Załącznik nr 1a - Oświadczenie o doświadczeniu pracy w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki,
3. Załącznik nr 2 - Oświadczenie o spełnianiu kryterium bezstronności wobec kontrolowanego świadczeniodawcy,
4. Załącznik nr 3 – Protokół z kontroli jakości świadczeniodawców etapu diagnostycznego „Programu profilaktyki raka szyjki macicy”.

Wymagania dla osób, które będą realizowały kontrole świadczeniodawców etapu diagnostycznego „Programu profilaktyki raka szyjki macicy”:

- Wykształcenie co najmniej średnie medyczne (rekomendowani są cytodiagności, byli pracownicy WOK i byli pracownicy COK).
- Co najmniej roczne doświadczenie w pracy w SIMP potwierdzone stosownym oświadczeniem (Załącznik 1a).

W przypadku, gdy 1 osoba nie spełnia jednocześnie w/w wymogów, możliwe jest prowadzenie kontroli przez 2 osoby spełniające wymagania równocześnie.

.....
Imię i nazwisko (czytelnie)

Załącznik 1a

....., dnia2017 r.
Miejscowość

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż posiadam co najmniej roczne doświadczenie pracy w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki, które nabyłem/am

(podać rodzaj wykonywanej pracy, bądź powód korzystania z SIMP oraz okres).

.....
Imię i nazwisko (czytelnie)

....., dnia2017 r.
Miejscowość

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż wobec świadczeniodawców wymienionych w załączniku nr 3:

- n** Nie wchodzę w skład organów statutowych i nie pełnię funkcji kierowniczej u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola i nie jestem przedstawicielem tego świadczeniodawcy.
- n** Nie jestem małżonkiem, krewnym lub powinowatym w linii prostej, krewnym bocznym do czwartego stopnia, powinowatym bocznym do drugiego stopnia osoby wchodzącej w skład organów statutowych lub pełniącej funkcje kierownicze u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.
- n** Nie jestem związany z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.
- n** Nie jestem pracownikiem świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola, zatrudnionym na podstawie umowy o pracę, wyboru, mianowania, powołania lub umowy cywilno - prawnej.

Jestem również świadoma/y, że:

- n** biorąc udział w kontroli mogę zostać z niej wyłączona/y, jeżeli pomiędzy mną a osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawcy lub będącą przedstawicielem świadczeniodawcy, zachodzi stosunek osobisty tego rodzaju, że mógłby wywołać wątpliwości co do mojej bezstronności;
- n** wymienione wyżej powody wyłączenia z kontroli, obowiązują także po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.

Ponadto zobowiązuję się do:

- n** informowania o każdej sytuacji zaistnienia przesłanek do wyłączenia mnie z prowadzenia kontroli u danego świadczeniodawcy;
- n** przeprowadzenia kontroli zgodnie z przyjętymi zasadami u świadczeniodawców wskazanych w załączniku nr 3 do niniejszego oświadczenia.

.....
Imię i nazwisko (czytelnie)

Zasady realizacji kontroli świadczeniodawców „Programu profilaktyki raka szyjki macicy” – etapu pogłębionej diagnostyki w zakresie jakości badań cytologicznych.

Zadanie finansowane przez Ministra Zdrowia w ramach programu wieloletniego pn. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, w zakresie zadania pn. Koordynacja i monitorowanie jakości profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy

2017

1. Kontrola wykonywana będzie w oparciu o imienne upoważnienia Ministra Zdrowia i wymaga wizytacji świadczeniodawcy.
2. Kontrola obejmuje okres od 01.01. do 31.12.2016 roku oraz od 01.01. do 30.06.2017 roku.
3. Centralny Ośrodek Koordynujący przeprowadzi postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego, w wyniku którego wybrany zostanie wykonawca kontroli etapu pogłębionej diagnostyki obejmującej świadczeniodawców w całym kraju.
4. Firma wyłoniona w drodze przetargu przedstawi COK pełną informację o kompetencjach poszczególnych osób, które będą prowadziły kontrole.
Osoby kontrolujące winny spełniać wymagania i posiadać kompetencje zgodne z wykazem wymagań stanowiącym Załącznik nr 1 oraz Załącznikiem 1 a. Podpisane Załącznik nr 1 i Załącznik nr 1 a muszą być dostarczone do COK.
5. Wykonawcy kontroli jakości wybrani w drodze przetargu zobowiązani są do spełniania kryterium bezstronności, co potwierdzają poprzez dostarczenie do COK podpisanego Załącznika nr 2.
6. Po wyłonieniu wykonawcy kontroli, uzyskaniu z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia listy świadczeniodawców w Programie profilaktyki raka szyjki macicy, COK występuje do Ministerstwa Zdrowia o wydanie upoważnień do prowadzenia kontroli.
7. Kontroli poddanych zostanie 100% świadczeniodawców, którzy wykazują się wykonywaniem kontraktu na realizację Programu profilaktyki raka szyjki macicy w etapie pogłębionej diagnostyki wg listy uzyskanej z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia po zakończeniu procesu kontraktowania świadczeniodawców w 2017 roku.

8. Kontrola świadczeniodawców przeprowadzana będzie w oparciu o kryteria określone w Protokole opracowanym przez Centralny Ośrodek Koordynujący stanowiącym Załącznik nr 3.
9. Firma wyłoniona w przetargu na przeprowadzenie kontroli zajmie się również obsługą administracyjną kontroli tj.:
 - pisemnym powiadomieniem kontrolowanego świadczeniodawcy o terminie i zakresie kontroli (za potwierdzeniem odbioru),
 - przekazaniem protokołów pokontrolnych świadczeniodawcy, Centralnemu Ośrodkowi Koordynującemu oraz odpowiednim dla siedziby świadczeniodawcy OW NFZ (za potwierdzeniem odbioru) w nieprzekraczalnym terminie **do dnia 30 listopada 2017 r.**
10. W przypadku zgłaszania przez świadczeniodawcę wątpliwości do danych zawartych w protokole z kontroli jakości oraz wniosków końcowych, kontrolerzy zobowiązani są udzielić dodatkowych pisemnych wyjaśnień.
11. Dane uzyskane podczas kontroli, zawarte w protokole będą poddane analizie i wykorzystane do przygotowania podsumowań z realizacji programu, jak również opracowania wniosków co do przyszłych działań w zakresie kształtu i realizacji programu.

Wykaz załączników:

1. Załącznik nr 1 - Wymagania dla osób, które będą realizowały kontrole świadczeniodawców etapu pogłębionej diagnostyki „Programu profilaktyki raka szyjki macicy”,
2. Załącznik nr 1a - Oświadczenie o doświadczeniu pracy w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki,
3. Załącznik nr 2 - Oświadczenie o spełnianiu kryterium bezstronności wobec kontrolowanego świadczeniodawcy,
4. Załącznik nr 3 – Protokół kontroli jakości świadczeniodawców etapu pogłębionej diagnostyki.

Wymagania dla osób, które będą realizowały kontrole świadczeniodawców etapu pogłębionej diagnostyki „Programu profilaktyki raka szyjki macicy”:

- Wykształcenie co najmniej średnie medyczne (rekomendowani są lekarze ginekolodzy, pielęgniarki lub położne, byli pracownicy WOK i byli pracownicy COK).
- Co najmniej roczne doświadczenie w pracy w SIMP potwierdzone stosownym oświadczeniem (Załącznik 1a).

W przypadku, gdy 1 osoba nie spełnia jednocześnie w/w wymogów, możliwe jest prowadzenie kontroli przez 2 osoby spełniające wymagania równocześnie.

.....
Imię i nazwisko (czytelnie)

Załącznik 1a

....., dnia2017 r.
Miejscowość

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż posiadam co najmniej roczne doświadczenie pracy w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki, które nabyłem/am

(podać rodzaj wykonywanej pracy, bądź powód korzystania z SIMP oraz okres).

.....
Imię i nazwisko (czytelnie)

Warszawa, dnia2017 r.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż wobec świadczeniodawców wymienionych w załączniku nr 3:

- n** Nie wchodzę w skład organów statutowych i nie pełnię funkcji kierowniczej u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola i nie jestem przedstawicielem tego świadczeniodawcy.
- n** Nie jestem małżonkiem, krewnym lub powinowatym w linii prostej, krewnym bocznym do czwartego stopnia, powinowatym bocznym do drugiego stopnia osoby wchodzącej w skład organów statutowych lub pełniącej funkcje kierownicze u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.
- n** Nie jestem związany z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.
- n** Nie jestem pracownikiem świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola, zatrudnionym na podstawie umowy o pracę, wyboru, mianowania, powołania lub umowy cywilno - prawnej.

Jestem również świadoma/y, że:

- n** biorąc udział w kontroli mogę zostać z niej wyłączona/y, jeżeli pomiędzy mną a osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawcy lub będącą przedstawicielem świadczeniodawcy, zachodzi stosunek osobisty tego rodzaju, że mógłby wywołać wątpliwości co do mojej bezstronności;
- n** wymienione wyżej powody wyłączenia z kontroli, obowiązują także po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.

Ponadto zobowiązuję się do:

- n** informowania o każdej sytuacji zaistnienia przesłanek do wyłączenia mnie z prowadzenia kontroli u danego świadczeniodawcy;
- n** przeprowadzenia kontroli zgodnie z przyjętymi zasadami u świadczeniodawców wskazanych w załączniku nr 3 do niniejszego oświadczenia.

.....
Imię i nazwisko (czytelnie)

**Zasady realizacji kontroli świadczeniodawców „Programu profilaktyki raka piersi”
w zakresie jakości badań mammograficznych.**

Zadanie finansowane przez Ministra Zdrowia w ramach programu wieloletniego
pn. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, w zakresie zadania
pn. Koordynacja i monitorowanie jakości profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy

2017

1. Kontrola wykonywana jest w oparciu o imienne upoważnienia Ministra Zdrowia i wymaga wizytacji świadczeniodawcy przez co najmniej 1 kontrolera.
2. Ponieważ zasadniczym zadaniem kontroli jest ocena **fizycznych** parametrów urządzeń radiologicznych kontrolerami winni być **fizycy** z tytułem co najmniej magistra z preferencją dla specjalistów fizyki medycznej. Rekomendowane są osoby z co najmniej rocznym doświadczeniem w zakresie kontroli świadczeniodawców „Programu profilaktyki raka piersi” w oparciu o upoważnienie Ministra Zdrowia. Dodatkowo, w przypadku kontroli pracowni wykorzystujących do skryningu mammograficznego systemy cyfrowe lub ucyfrowione, rekomenduje się osoby z doświadczeniem w wykonaniu kontroli co najmniej 5 tego typu pracowni.
3. Centralny Ośrodek Koordynujący (COK) przeprowadzi postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego, w wyniku którego wybrani zostaną wykonawcy kontroli jakości badań mammograficznych obejmującej świadczeniodawców na terenie całego kraju.
4. Wykonawcy kontroli jakości wybrani w drodze przetargu zobowiązani są do spełniania warunku zapisanego w pkt 2 oraz zasady bezstronności, co potwierdzają poprzez dostarczenie do COK Załącznika nr 1 i 1a oraz Załącznika nr 2 (po weryfikacji bezpośrednio ze świadczeniodawcą i OW NFZ liczby i rodzaju aparatów mammograficznych, z listy otrzymanej z COK, wykonujących badania mammograficzne w programie na obszarze obejmującym kontrolę).
5. Wykonawca kontroli wyłoniony w drodze przetargu przedstawi COK pełną informację o kompetencjach poszczególnych osób do przeprowadzenia kontroli, dla każdej z osób, które będą prowadziły kontrolę.

6. Kontrola ma potwierdzić zgodność działalności kontrolowanej jednostki z interesem kobiet podlegających procedurom mammografii skryningowej, a w przypadku braku takiej możliwości, ma udokumentować niezgodność działalności jednostki z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie.

7. Zadania kontrolującego:

1) Pisemne powiadomienie świadczeniodawcy o planowanej kontroli jakości – ustalenie stosownego terminu (za potwierdzeniem odbioru).

2) Na początku wizytacji jednostki kontroler w porozumieniu ze świadczeniodawcą ustala, które osoby upoważnione są do reprezentowania świadczeniodawcy podczas kontroli. Jako minimum wymaga się obecności 1 osoby upoważnionej do prezentowania testów kontroli jakości oraz do obsługi mammografu.

3) Dokonywana jest identyfikacja mammografu; na podstawie paszportu, numeru umieszczonego na mammografie, ewentualnie innej dokumentacji, ustalany jest jego numer seryjny, data produkcji oraz instalacji, itd.

4) Sprawdza się poprawność i kompletność zapisów dotyczących testów kontroli jakości oraz zgodność dokumentowanych wyników testów z wymaganym zakresem. W przypadku stwierdzenia przekraczania granic tolerancji kontroler zobowiązany jest do zbadania, czy jednostka podjęła w porę właściwe działania korygujące. Testy wykonywane przez świadczeniodawcę we własnym zakresie podlegają analizie pod kątem poprawności stosowanej metodyki. Ewentualne zastrzeżenia są na bieżąco sygnalizowane przez kontrolerów. Kontroli podlega okres od 1.10.2016 r. do 30.06.2017 r.

5) Analiza parametrów obejmuje szeroki zakres pracy systemu (zgodny z załączonymi protokołami kontroli świadczeniodawców wykorzystujących analogowe i cyfrowe systemy obrazowania mammograficznego), przy czym jako najważniejsze przy formułowaniu oceny jednostki uznaje się te, które mają wpływ na jakość diagnostyczną uzyskiwanego obrazu oraz na dawkę promieniowania jonizującego otrzymywaną przez badaną kobietę.

6) W czasie niezależnym od wizytacji jednostki kontrolerzy dokonują szczegółowej analizy zebranego materiału oraz wypełniają protokół kontroli w formie ustalonej przez Centralny Ośrodek Koordynujący (załącznik nr 2 i 3).

7) Końcowa ocena badań mammograficznych wykonywanych w ramach „Programu profilaktyki raka piersi” jest formułowana przez osoby przeprowadzające kontrolę na podstawie wyników oceny realizacji testów odbiorczych, specjalistycznych i podstawowych oraz oceny wybranych parametrów aparatury mammograficznej. Nieprawidłowości w dowolnym z ocenianych obszarów oznaczają niespełnienie wymogów prawa i mogą

stanowić podstawę do sformułowania negatywnej oceny końcowej. Kluczowe warunki mogące powodować ocenę negatywną sformułowano w pkt 8.

8) W przypadku pracowni wykorzystującej analogowe systemy obrazowania w procesie formułowania oceny końcowej kontroler zobligowany jest do zwrócenia szczególnej uwagi na wystąpienie dowolnego z wymienionych poniżej warunków:

- brak protokołu z testów specjalistycznych (nie starszego niż rok),
- brak działań korygujących w przypadku negatywnych wyników testów specjalistycznych,
- całkowity brak wykonywania co najmniej jednego z testów podstawowych,
- brak działań korygujących w przypadku powtarzających się negatywnych wyników testów podstawowych,
- pole promieniowania wykraczające poza obszar detektora o ponad 5 mm od strony klatki piersiowej,
- zbyt wysoka średnia dawka gruczołowa dla ekspozycji klinicznej (powyżej limitu dla danej grubości fantomu).

W przypadku pracowni wykorzystującej cyfrowe lub ucyfrowione systemy obrazowania w procesie formułowania oceny końcowej kontroler zobligowany jest do przywiązania szczególnej uwagi do wystąpienia dowolnego z wymienionych poniżej warunków:

- brak działań korygujących w przypadku negatywnych wyników testów kontroli jakości,
- pole promieniowania wykraczające poza obszar detektora o ponad 5 mm od strony klatki piersiowej,
- zbyt wysoki progowy kontrast obrazu,
- zbyt wysoka średnia dawka gruczołowa dla ekspozycji klinicznej (powyżej limitu dla danej grubości fantomu).

9) Wypełnione i podpisane protokoły kontrolerzy przekazują do: świadczeniodawcy, Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia właściwego dla siedziby świadczeniodawcy i Centralnego Ośrodka Koordynującego (za potwierdzeniem odbioru) w nieprzekraczalnym terminie do 30 listopada 2017 r.

10) NFZ po otrzymaniu raportu z kontroli jakości zawierającego ocenę negatywną, na podstawie obowiązujących przepisów, powinien niezwłocznie wstrzymać kontrakt na wykonywanie skryningu mammograficznego przez świadczeniodawcę, do którego dany raport się odnosi. NFZ może wznowić kontrakt dopiero po otrzymaniu pisma od COK z informacją o tym, że „przysłana przez świadczeniodawcę dokumentacja obrazuje usunięcie wszystkich nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli.”

11) W przypadku przysłania do COK przez ocenionego negatywnie świadczeniodawcę materiałów mających obrazować wyeliminowanie nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli, COK powinien zasięgnąć opinii kontrolerów, którzy wykonywali kontrolę u danego świadczeniodawcy. Kontrolerzy są zobowiązani do dokonania oceny, czy dokumentacja odnosi się do wszystkich przez nich stwierdzonych zastrzeżeń. Kontrolerzy jako wynik oceny na adres COK przekazują pismo zawierające zdanie „Przysłana dokumentacja obrazuje (lub nie obrazuje) usunięcie wszystkich nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli.” W przypadkach wątpliwych, zasygnalizowanych przez kontrolerów, COK może wnioskować do świadczeniodawcy o przysłanie dokumentacji uzupełniającej. COK przesyła otrzymane od kontrolerów pismo (jako załącznik) do terytorialnie właściwego dla siedziby świadczeniodawcy Oddziału NFZ i do świadczeniodawcy.

12) Główne akty prawne w oparciu, o które formułowane są ustalenia z kontroli to:

- *aktualnie obowiązujące Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych,*
- *aktualnie obowiązujące Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,*
- *aktualnie obowiązujące Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne,*
- *aktualnie obowiązujące Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej.*

13) Dane uzyskane podczas kontroli, zawarte w protokole będą poddane analizie i wykorzystane do przygotowania podsumowań z realizacji programu, jak również opracowania wniosków co do przyszłych działań w tym zakresie.

Wykaz załączników:

1. Załącznik nr 1 - Oświadczenie o spełnianiu kryterium bezstronności wobec kontrolowanego świadczeniodawcy,
2. Załącznik nr 1a – Oświadczenie o spełnianiu wymagań przez osoby, które będą realizowały kontrole świadczeniodawców „Programu profilaktyki raka piersi” w zakresie jakości badań mammograficznych
3. Załącznik nr 2 – Protokół z kontroli jakości mammografów analogowych,

4. Załącznik nr 2 – Protokół z kontroli jakości mammografów cyfrowych i ucyfrowionych.

Załącznik nr 1

....., dnia2017 r.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż:

- n** Nie wchodzę w skład organów statutowych i nie pełnię funkcji kierowniczej u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola i nie jestem przedstawicielem tego świadczeniodawcy.
- n** Nie jestem małżonkiem, krewnym lub powinowatym w linii prostej, krewnym bocznym do czwartego stopnia, powinowatym bocznym do drugiego stopnia osoby wchodzącej w skład organów statutowych lub pełniącej funkcje kierownicze u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.
- n** Nie jestem związany z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.
- n** Nie jestem pracownikiem świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola, zatrudnionym na podstawie umowy o pracę, wyboru, mianowania, powołania lub umowy cywilno - prawnej.

Jestem również świadoma/y, że:

- n** biorąc udział w kontroli mogę zostać z niej wyłączona/y, jeżeli pomiędzy mną a osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawcy lub będącą przedstawicielem świadczeniodawcy, zachodzi stosunek osobisty tego rodzaju, że mógłby wywołać wątpliwości co do mojej bezstronności;
- n** wymienione wyżej powody wyłączenia z kontroli, obowiązują także po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.

Ponadto zobowiązuję się do:

- n** informowania o każdej sytuacji zaistnienia przesłanek do wyłączenia mnie z prowadzenia kontroli u danego świadczeniodawcy;
- n** przeprowadzenia kontroli zgodnie z przyjętymi zasadami u świadczeniodawców wskazanych w załączniku 2 do niniejszego oświadczenia.

.....
(Podpis osoby kontrolującej)

Załącznik nr 1a

....., dnia2017 r.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż:

- § spełniam zawarte w zasadach realizacji wymagania oraz posiadam kompetencje uprawniające do przeprowadzania kontroli jakości świadczeniodawców *Programu profilaktyki raka piersi* w zakresie jakości badań mammograficznych;
- § zapoznałem/zapoznałam* się z zasadami realizacji kontroli jakości świadczeniodawców *Programu profilaktyki raka piersi* w zakresie jakości badań mammograficznych i zobowiązuję się do przeprowadzenia kontroli zgodnie z metodologią;
- § zapoznałem/zapoznałam* się z protokołem z kontroli jakości świadczeniodawców *Programu profilaktyki raka piersi* w zakresie jakości badań mammograficznych i zobowiązuję się do przeprowadzenia kontroli w oparciu o kryteria określone w protokole.

.....
(Podpis osoby kontrolującej)

* zaznaczyć właściwe

**Załącznik nr 5.1.a do SIWZ (Załącznik nr 3 do
załącznika nr 3.1.a do SIWZ)**

**PROTOKÓŁ Z KONTROLI JAKOŚCI ŚWIADCZENIODAWCÓW ETAPU
PODSTAWOWEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI
MACICY WYKONYWANEJ W RAMACH ZADANIA PN. KOORDYNACJA
I MONITOROWANIE JAKOŚCI PROFILAKTYKI RAKA PIERSI I RAKA
SZYJKI MACICY**

Miejscowość	
Data [rrrr-mm-dd]	
Numer protokołu kontroli	/2017
Nazwa świadczeniodawcy	
Adres świadczeniodawcy	
Ulica i numer	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Telefon	
E-mail	
Imię kierownika kontrolowanej placówki	
Nazwisko kierownika kontrolowanej placówki	

Ocena realizacji umowy z NFZ w zakresie „Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy” (zwanego dalej Programem) nr:	
--	--

Od kiedy Placówka uczestniczy w realizacji Programu (data rozpoczęcia realizacji) [rrrr-mm-dd]	
--	--

Okres objęty kontrolą jakości badań placówki:	01.01.2016-31.12.2016
	01.01.2017-30.06.2017

Osoby przeprowadzające kontrolę		
Imię	Nazwisko	Numer upoważnienia wydanego przez Ministerstwo Zdrowia

Przedstawiciele świadczeniodawcy uczestniczący w kontroli		
Imię	Nazwisko	Stanowisko służbowe

I. Organizacja pracy ośrodka

Przyjęcia pacjentek (proszę zaznaczyć dni)		Od godziny	Do godziny
<input type="checkbox"/>	Poniedziałek		
<input type="checkbox"/>	Wtorek		
<input type="checkbox"/>	Środa		
<input type="checkbox"/>	Czwartek		
<input type="checkbox"/>	Piątek		
<input type="checkbox"/>	Sobota		

Liczba dni przyjęć w tygodniu	0
Liczba godzin przyjęć w tygodniu	00:00:00
Liczba pracujących ginekologów	
Liczba położnych pobierających rozmazy	

Liczba dni oczekiwania pacjentki na pobranie cytologii; informacja uzyskana na podstawie:										
Deklaracji personelu										
Kontrolnych kontaktów telefonicznych z Ośrodkami wykonanych przez osobę przeprowadzającą kontrolę – 10 prób w różnych godzinach (proszę uzupełnić poniższą tabelę)										
Data										
Godzina										
Liczba dni										
Średnia										0,0
Inne, np. rejestracja/kolejka oczekujących										

Dokumentacja potwierdzająca prowadzenie akcji informacyjnej o programie (Zarządzenie Nr 67/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r.):	
--	--

II. Liczba pobranych rozmazów cytologicznych		
W okresie	W programie	Poza programem
01.01.2016-31.12.2016		
01.01.2017-30.06.2017		

IV. Losy pacjentek z rozmazami nienadającymi się do oceny oraz wynikami dodatnimi na podstawie SIMP oraz wpisów do dokumentacji medycznej pacjentki

OKRES 1.01.2016-31.12.2016	Liczba	Odsetek
Rozmazy nienadające się do oceny		0,0
Pacjentki, u których ponownie pobrano rozmaz w ciągu 3 miesięcy		0,0
Dodatnie rozmazy cytologiczne (ASC-US, LSIL, ASC-H, HSIL, AGC, RAK)		0,0
Kobiety, u których wykonano dalszą diagnostykę na etapie pogłębionym lub powtórzono cytologię zg. z zaleceniem SIMP		0,0
Kobiety, u których nie wykonano dalszej diagnostyki na etapie pogłębionym lub powtórzenia cytologii zg z zaleceniem SIMP, ale istnieją dane sprawozdawcze NFZ		0,0
Kobiety, dla których nie ma danych etapu pogłębionego/powtórzenia w SIMP ani danych sprawozdawczych w SIMP ale są dane odnośnie dalszych losów/kontaktów z pacjentką w dokumentacji przychodni		0,0
Kobiety, dla których nie ma danych etapu pogłębionego/powtórzenia w SIMP ani danych sprawozdawczych w SIMP i nie ma danych odnośnie dalszego postępowania w dokumentacji przychodni		0,0

IV. Losy pacjentek z rozmazami nienadającymi się do oceny oraz wynikami dodatnimi na podstawie SIMP oraz wpisów do dokumentacji medycznej pacjentki

OKRES 1.01.2017-30.06.2017	Liczba	Odsetek
Rozmazy nienadające się do oceny		0,0
Pacjentki, u których ponownie pobrano rozmaz w ciągu 3 miesięcy		0,0
Dodatknie rozmazy cytologiczne (ASC-US, LSIL, ASC-H, HSIL, AGC, RAK)		0,0
Kobiety, u których wykonano dalszą diagnostykę na etapie pogłębionym lub powtórzono cytologię zg. z zaleceniem SIMP		0,0
Kobiety, u których nie wykonano dalszej diagnostyki na etapie pogłębionym lub powtórzenia cytologii zg z zaleceniem SIMP, ale istnieją dane sprawozdawcze NFZ		0,0
Kobiety, dla których nie ma danych etapu pogłębionego/powtórzenia w SIMP ani danych sprawozdawczych w SIMP ale są dane odnośnie dalszych losów/kontaktów z pacjentką w dokumentacji przychodni		0,0
Kobiety, dla których nie ma danych etapu pogłębionego/powtórzenia w SIMP ani danych sprawozdawczych w SIMP i nie ma danych odnośnie dalszego postępowania w dokumentacji przychodni		0,0

IV a. Monitorowanie kobiet, dla których nie ma danych z etapu pogłębionego/powtórzenia w SIMP ani danych sprawozdawczych

Proszę wypełnić oddzielnie dla każdej pacjentki w całym kontrolowanym okresie (01-01-2016-30-06-2017) na podstawie danych z SIMP – kobiety z dodatnim wynikiem badania dla których brak jest informacji o ich dalszych losach w SIMP lub w danych sprawozdawczych NFZ.

Lp.	PESEL	Kod
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

V. Wyposażenie pomieszczeń kontrolowanego Ośrodka

Gabinet pobrań badań cytologicznych:

- fotel ginekologiczny
- wziernik jednorazowy
- jednorazowa szczoteczka cytologiczna umożliwiająca pobranie rozmazu jednocześnie z tarczy części pochwowej oraz kanału szyjki macicy
- zmatowione jednostronnie szkiełka podstawowe

Utrwalacz cytologiczny:

- Cytifix
- Alkohol 96%

Ponadto:

- stolik na jednorazowe narzędzia ginekologiczne do badania
- lampa bezcieniowa- ginekologiczna
- umywalka z baterią łokciową (podajnik do mydła i podajnik na środek dezynfekujący do rąk)
- kosz na odpady medyczne
- komputer z dostępem do Internetu
- inne, jakie?

Pomieszczenie higieniczno / sanitarne:

- miska ustępowa
- bidet
- umywalka
- inne, jakie?

Czas oczekiwania na wynik badania cytologicznego z etapu diagnostycznego

VII. Ogólna ocena kontroli

Zalecenia pokontrolne:

--

Uwagi:

--

(miejsowość, data)

(czytelny podpis kontrolującego)

Załącznik nr 5.1.b do SIWZ (Załącznik nr 3 do
załącznika nr 3.1.b) **PROTOKÓŁ Z KONTROLI JAKOŚCI**
ŚWIADCZENIODAWCÓW ETAPU DIAGNOSTYCZNEGO PROGRAMU
PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY WYKONYWANEJ W RAMACH
ZADANIA PN. KOORDYNACJA I MONITOROWANIE JAKOŚCI
PROFILAKTYKI RAKA PIERSI I RAKA SZYJKI MACICY

Miejscowość	
Data [rrrr-mm-dd]	
Numer protokołu kontroli	/2017
Nazwa świadczeniodawcy	

Ulica i numer	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Telefon	
E-mail	
Imię kierownika kontrolowanej placówki	
Nazwisko kierownika kontrolowanej placówki	

Ocena realizacji umowy z NFZ w zakresie „Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy” (zwanego dalej Programem) nr:	
--	--

Od kiedy Placówka uczestniczy w realizacji Programu (data rozpoczęcia realizacji) [rrrr-mm-dd]	
--	--

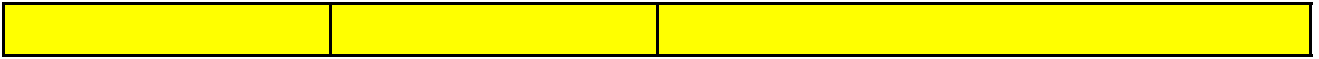
Okres objęty kontrolą jakości badań placówki:	01.01.2016-31.12.2016
	01.01.2017-30.06.2017

Osoby przeprowadzające kontrolę

Imię	Nazwisko	Numer upoważnienia wydanego przez Ministerstwo Zdrowia

Przedstawiciele świadczeniodawcy uczestniczący w kontroli

Imię	Nazwisko	Stanowisko służbowe



1. Liczba wykonywanych badań cytologicznych w ramach Programu jak i poza Programem

	Liczba wykonanych badań cytologicznych-ginekologicznych w Programie	Liczba wykonanych badań cytologicznych-ginekologicznych poza Programem	Liczba wszystkich badań cytologicznych: w Programie, poza Programem oraz badań cytologicznych innych niż ginekologiczne
od 01.01.2016 do 31.12.2016			
od 01.01.2017 do 30.06.2017			

3. Liczba i odsetek badań dodatknych wykonanych w ramach Programu

	Liczba badań dodatknych uzyskanych w ramach Programu	Odsetek badań dodatknych uzyskanych w ramach Programu
od 01.01.2016 do 31.12.2016		0%
od 01.01.2017 do 30.06.2017		0%

4. Liczba i odsetek poszczególnych rodzajów wykrytych zmian w Programie dla Pracowni ogółem

Rodzaj zmiany	01.01.2016 – 31.12.2016		01.01-30.06.2017	
	Liczba	%	Liczba	%
ASC-US		0,00%		0,00%
LSIL		0,00%		0,00%
ASC-H		0,00%		0,00%
HSIL		0,00%		0,00%
Rak płaskonabłonkowy		0,00%		0,00%
AGC		0,00%		0,00%
Adenocarcinoma gruczołakorak in situ (AIS)		0,00%		0,00%
Adenocarcinoma gruczołakorak		0,00%		0,00%
Inne nowotwory		0,00%		0,00%
Rozmazy nienadające się do oceny		0,00%		0,00%
RAZEM		0,00%		0,00%

5. Wewnętrzna kontrola jakości

A. Reskryning

Imię osoby wykonującej kontrolę		
Nazwisko osoby wykonującej kontrolę		
Kwalifikacje osoby wykonującej kontrolę		
Czy istnieje dokumentacja reskryningu?		
Opis sposobu prowadzenia dokumentacji reskryningu		
Sposób prowadzenia reskryningu	10%	
	Reskryning pełny	
	Inny	

Liczba i odsetek wykrytych niezgodności	Liczba	Odsetek
od 01.01.2016 do 31.12.2016		
skontrolowanych badań		0
wykrytych niezgodności		0
od 01.01.2017 do 30.06.2017		
skontrolowanych badań		0
wykrytych niezgodności		0

Korelacja cyto-histologiczna

B. Liczba i odsetek przypadków dodatnich zweryfikowanych histopatologicznie (lista w załączeniu)

	Liczba	Odsetek	Rodzaj niezgodności	Czy i kto dokonał ponownej oceny preparatów cytologicznych, w których była niezgodność rozpoznania?
od 01.01.2016 do 31.12.2016				
od 01.01.2017 do 30.06.2017				
Razem cały okres	0	0		

C. Opisać sposób uzyskiwania rozpoznań hist-pat od pacjentek z dodatnimi wynikami badania cytologicznego

od 01.01.2016 do 31.12.2016	
od 01.01.2017 do 30.06.2017	

D. Czy w pracowni jest fizycznie dokumentacja wyników histopatologicznych od pacjentek z dodatnimi wynikami cytologicznymi?

od 01.01.2016 do 31.12.2016	
od 01.01.2017 do 30.06.2017	

E. Konsultacje przypadków dodatnich i podejrzanych

	Liczba		Odsetek	
od 01.01.2016 do 31.12.2016			0	
od 01.01.2017 do 30.06.2017			0	
Kto wykonuje?	Imię	Nazwisko	Kwalifikacje	Tryb wykonywania

F. Jakość preparatów

Barwienie	Metoda barwienia Papanicolaou	Czy w Pracowni są odczynniki do metody barwienia Papanicolaou
Oznaczenie i sposób numeracji		
Opis sposobu oznaczenia preparatów na podstawie dokumentu		
Czy preparaty dodatkowo są „wykropkowane”?		Przyczyna

G. Baza danych

Elektroniczna czy papierowa?		
Ciągłość numeracji badań cytologicznych w pracowni		Przyczyna
Ciągłość prowadzenia rejestru badań		Od kiedy jest prowadzony rejestr?

H. Wyposażenie pracowni w sprzęt

Liczba mikroskopów wysokiej jakości, umożliwiających uzyskanie powiększenia co najmniej 400 razy	
--	--

6. Archiwizacja wyników badań i preparatów cytologicznych

Czy jest prowadzona?	
Od kiedy jest prowadzona? Data założenia archiwizacji [rrrr-mm-dd]	
Czy jest prowadzona prawidłowo, zgodnie z <i>Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2009 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych oraz wytycznych Polskiego Towarzystwa Patologów (Komisja ds. licencji PTP)</i>	
W jaki sposób są przechowywane preparaty?	
Czy istnieje możliwość łatwego odnalezienia archiwalnego preparatu do ponownej oceny?	
W ciągu jakiego czasu (podać w godz.)?	

7. Udział pracowników w kursach, konferencjach szkoleniowych, sympozjach i zjazdach naukowych z zakresu cytodiagnostyki szyjki macicy, w okresie objętym kontrolą

Imię	Nazwisko	Stanowisko	Data szkolenia	Zakres szkolenia

8. Ogólna ocena - warunki zaliczenia kontroli

Pracownia oraz personel spełnia warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w Programie profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2013 roku (Dz. U. z 2016r. , poz. 1743 z późn. zm.) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych

Warunki wymagane od świadczeniodawców:

1) medyczne laboratorium diagnostyczne wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych lub zakład patomorfologii posiadający pracownię cytologiczną;

2) personel:

a) lekarz specjalista patomorfologii lub anatomii patologicznej,

b) diagności laboratoryjni posiadający tytuł specjalisty cytomorfologii medycznej lub posiadający udokumentowane umiejętności i udokumentowane odpowiednie doświadczenie (co najmniej 2 lata doświadczenia i ocena co najmniej 10 000 preparatów) w wykonywaniu badań cytologicznych;

3) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

- mikroskopy wysokiej jakości, umożliwiające uzyskanie powiększenia co najmniej 400 razy

4) wykonywanie przez każdą z osób* dokonujących oceny preparatów co najmniej 7 000 badań cytologicznych rocznie

** kwalifikacje personelu zgodnie z rozporządzeniem (liczba wykonywanych badań dotyczy całej działalności, również poza umową z NFZ)*

5) wykonywanie w pracowni** 15 000 badań cytologicznych rocznie

***dotyczy całej działalności pracowni, również poza umową z NFZ*

6) przesłanie wyniku do poradni, która pobrała materiał do badania, w terminie do 7 dni roboczych od daty otrzymania preparatu

Pracownia spełnia kryterium z Zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 99/2015/DSOZ z dnia 22 grudnia 2015 r. wymagania wobec oferentów w etapie diagnostycznym:

Sposób ustalenia rozpoznania:

1) Preparat cytologiczny inny niż ujemny musi być oceniany dwustopniowo: w tym co najmniej przez lekarza specjalistę w dziedzinie patomorfologii lub anatomii patologicznej

9. Wynik kontroli

Kontrola zaliczona	
--------------------	--

10. Zalecenia pokontrolne

--

11. Uwagi

--

(miejsowość, data)

(czytelny podpis kontrolującego)

**Załącznik nr 5.1.c do SIWZ (Załącznik nr 3 do
załącznika nr 3.1.c do SIWZ)**

**PROTOKÓŁ Z KONTROLI JAKOŚCI ŚWIADCZENIODAWCÓW ETAPU
POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA
SZYJKI MACICY WYKONYWANEJ W RAMACH ZADANIA PN.
KOORDYNACJA I MONITOROWANIE JAKOŚCI PROFILAKTYKI RAKA
PIERSI I RAKA SZYJKI MACICY**

Miejscowość	
Data [rrrr-mm-dd]	
Numer protokołu kontroli	/2017
Nazwa świadczeniodawcy	

Adres świadczeniodawcy

Ulica i numer	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Telefon	
E-mail	
Imię kierownika kontrolowanej placówki	
Nazwisko kierownika kontrolowanej placówki	

Ocena realizacji umowy z NFZ w zakresie „Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy” (zwanego dalej Programem) nr:	
--	--

Od kiedy Placówka uczestniczy w realizacji Programu (data rozpoczęcia realizacji) [rrrr-mm-dd]	
--	--

Okres objęty kontrolą jakości badań placówki:	01.01.2016-31.12.2016
	01.01.2017-30.06.2017

Osoby przeprowadzające kontrolę

Imię	Nazwisko	Numer upoważnienia wydanego przez Ministerstwo Zdrowia

Przedstawiciele świadczeniodawcy uczestniczący w kontroli

Imię	Nazwisko	Stanowisko służbowe

I. Organizacja pracy ośrodka

Przyjęcia pacjentek (proszę zaznaczyć dni)		Od godziny	Do godziny
<input type="checkbox"/>	Poniedziałek		
<input type="checkbox"/>	Wtorek		
<input type="checkbox"/>	Środa		
<input type="checkbox"/>	Czwartek		
<input type="checkbox"/>	Piątek		
<input type="checkbox"/>	Sobota		

Liczba dni przyjęć w tygodniu	0
Liczba godzin przyjęć w tygodniu	00:00:00

Liczba dni oczekiwania pacjentki na wykonanie badania w ramach pogłębionej diagnostyki w Programie; informacja uzyskana na podstawie:					
Deklaracji personelu					
Kontrolnych kontaktów telefonicznych z Ośrodkami wykonanych przez osobę przeprowadzającą kontrolę – 5 prób w różnych godzinach (proszę uzupełnić poniższą tabelę)					
Data					
Godzina					
Liczba dni					
Średnia					0,0
Inne, np. rejestracja/kolejka oczekujących					

II. Wykaz personelu realizującego etap diagnostyki pogłębionej Programu

01.01.2016 – 31.12.2016

Lp.	Imię	Nazwisko	Numer prawa wykonywania zawodu	Data uzyskania kwalifikacji [rrrr-mm-dd]	Udokumentowane szkolenia w zakresie wykonywania badań kolposkopowych
-----	------	----------	--------------------------------	--	--

SPECJALIŚCI I stopnia w ginekologii i położnictwie

1.					
2.					
3.					

Lp.	Imię	Nazwisko	Numer prawa wykonywania zawodu	Data uzyskania kwalifikacji [rrrr-mm-dd]
-----	------	----------	--------------------------------	--

SPECJALIŚCI ginekologzy-położnicy

1.				
2.				
3.				

SPECJALIŚCI ginekologii onkologicznej

1.				
2.				
3.				

II. Wykaz personelu realizującego etap diagnostyki pogłębionej Programu

01.01.2017 – 30.06.2017

Lp.	Imię	Nazwisko	Numer prawa wykonywania zawodu	Data uzyskania kwalifikacji [rrrr-mm-dd]	Udokumentowane szkolenia w zakresie wykonywania badań kolposkopowych
SPECJALIŚCI I stopnia w ginekologii i położnictwie					
1.					
2.					
3.					

Lp.	Imię	Nazwisko	Numer prawa wykonywania zawodu	Data uzyskania kwalifikacji [rrrr-mm-dd]
-----	------	----------	--------------------------------	--

SPECJALIŚCI ginekologzy-położnicy

1.				
2.				
3.				

SPECJALIŚCI ginekologii onkologicznej

1.				
2.				
3.				

III. Liczba badań kolposkopowych wykonanych w Pracowni

	W PROGRAMIE	Poza PROGRAMEM
01.01.2016-31.12.2016		
01.01.2017-30.06.2017		



IV. Sposób zbiorczego dokumentowania badań kolposkopowych

Proszę opisać sposób dokumentowania badań kolposkopowych

V. Liczba biopsji celowanych wykonanych w Pracowni w programie profilaktyki

Okres	Calkowita liczba wykonanych biopsji	Liczba biopsji z wylyczkowaniem kanału szyjki	Liczba biopsji bez wylyczkowani a kanału szyjki	Odsetek liczby wykonanych biopsji w stosunku do liczby wykonanych kolposkopii
01.01.2016-31.12.2016				
01.01.2017-30.06.2017				

VI. Sposób kierowania pacjentek z rozpoznanymi zmianami śródnablonkowymi/rakiem szyjki macicy do leczenia - proszę opisać.

--

VII. Kontrola dokumentacji 10% pacjentek poddanych etapowi diagnostyki pogłębionej

Okres 01.01.-31.12.2016	Liczba	Odsetek
Liczba skontrolowanych kart pacjentek		
Kobiety skierowane do leczenia poza placówkę, w której funkcjonuje Pracownia kolposkopowa		0,0%
Kobiety, u których wykonano leczenie na miejscu w placówce, w której funkcjonuje Pracownia kolposkopowa		0,0%
Okres 01.01.-30.06.2017	Liczba	Odsetek
Liczba skontrolowanych kart pacjentek		
Kobiety skierowane do leczenia poza placówkę, w której funkcjonuje Pracownia kolposkopowa		0,0%
Kobiety, u których wykonano leczenie na miejscu w placówce, w której funkcjonuje Pracownia kolposkopowa		0,0%

VIII. Wyposażenie pomieszczeń kontrolowanego Ośrodka

<input type="checkbox"/>	Kolposkop optyczny z aktualnym paszportem:	
	uzyskiwane powiększenia (proszę podać):	
	a)	
	b)	
	c)	
	d)	
	e)	
	f)	
<input type="checkbox"/>	g) płynna regulacja powiększenia	
<input type="checkbox"/>	Filtr kontrastujący w kolposkopie:	
<input type="checkbox"/>	Wzierniki jednorazowe:	
<input type="checkbox"/>	Wzierniki wielorazowe sterylizowane:	
<input type="checkbox"/>	Pincety:	
<input type="checkbox"/>	Kleszczyki biopsyjne do biopsji celowanej kolposkopowo:	
	Jakie:	
<input type="checkbox"/>	<i>Baby-Tischler</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>Eppendorf</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>Inne - jakie?</i>	

<input type="checkbox"/>	Skrobaczki do kanału szyjki macicy:	
<input type="checkbox"/>	Formalina zbuforowana:	
<input type="checkbox"/>	Pojemniki do utrwalania materiału tkankowego:	
<input type="checkbox"/>	Waciki/gaziki sterylne:	
<input type="checkbox"/>	Roztwór soli fizjologicznej:	
<input type="checkbox"/>	Kwas octowy 3-5 %:	
<input type="checkbox"/>	Płyn Lugola:	
<input type="checkbox"/>	Aparat do elektrokoagulacji oraz kulkowe elektrody koagulacyjne do uzyskania hemostazy po biopsji:	
<input type="checkbox"/>	Laser z możliwością koagulacji:	
	<u>Sterylizacja sprzętu na miejscu:</u>	
<input type="checkbox"/>	<i>- czy jest autoklaw:</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>- czy jest oddzielne pomieszczenie do sterylizacji:</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>- czy jest opracowana procedura sterylizacji:</i>	
<input type="checkbox"/>	<u>Sterylizacja poza placówką (sprawdzić umowę z placówką realizującą sterylizację):</u>	
<input type="checkbox"/>	Tylko narzędzia jednorazowe:	
<input type="checkbox"/>	Dostępność do diagnostyki HPV:	
	<i>Jaki test:</i>	
	<i>Jakie laboratorium:</i>	

Czas oczekiwania na wynik badania histopatologicznego

Proszę sprawdzić dla 10 losowo wybranych pacjentek z kontrolowanego okresu czas w dniach pomiędzy datą badania kolposkopowego z biopsją/wyłyżeczkowaniem a datą wyniku histopatologicznego dostarczonego do dokumentacji (proszę uzupełnić poniższą tabelę)

Liczba dni										
Średnia liczba dni oczekiwania										0,0

Nazwa oraz adres siedziby pracowni histopatologicznej, z którą współpracuje Pracownia:

IX. Ogólna ocena kontroli

Zalecenia pokontrolne:

Uwagi:

(miejsowość, data)

(czytelny podpis kontrolującego)

**Protokół z kontroli jakości badań mammograficznych
realizowanej w ramach „Koordynacji i monitorowania jakości
profilaktyki raka piersi”
przez Centralny Ośrodek Koordynujący**

Użytkownik (nazwa i adres)	
--------------------------------------	--

Mammograf	
Typ systemu	analogowy
Rodzaj pracowni	stacjonarna / mobilna
Producent	
Model lub typ	
Rok produkcji	
Rok rozpoczęcia eksploatacji	
Nr seryjny aparatu	
Nr seryjny lampy	

Data kontroli	
----------------------	--

Osoba przeprowadzająca kontrolę	
Imię i nazwisko	Numer upoważnienia Ministra Zdrowia

Przedstawiciel/przedstawiciele świadczeniodawcy uczestniczący w kontroli	
Imię i nazwisko	Stanowisko służbowe

Ocena realizacji testów kontroli jakości

1. Testy specjalistyczne

Data wykonania testów specjalistycznych	
---	--

Uwagi dotyczące testów specjalistycznych oraz reagowania na ich wyniki

	Akceptacja	
	tak	nie
Pracownia posiada aktualny protokół z testów specjalistycznych		

Ocena wyników testów specjalistycznych i reakcji na nie*)	
Prawidłowe wyniki wszystkich testów specjalistycznych	
Wyniki nieprawidłowe, podjęto odpowiednie działania korygujące	

Wyniki nieprawidłowe, nie podjęto odpowiednich działań korygujących	
---	--

Testy specjalistyczne powinny być wykonywane nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy. Niedopuszczalne jest stosowanie urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych, gdy uzyskane wyniki testów przekraczają wartości graniczne.

*) Wypełnić, jeśli pracownia przedstawiła aktualny protokół z testów specjalistycznych

2. Testy podstawowe

Test	wykonywany regularnie i prawidłowo	wykonywany nieregularnie i/lub nieprawidłowo	nie wykonywany
Stażność ekspozycji (w każdym dniu pracy mammografu)			
Kompensacja zmian grubości fantomu i wartości wysokiego napięcia (raz na tydzień)			
Rozdzielczość wysokokontrastowa, progowy kontrast (raz na tydzień)			
Siła kompresji (6 miesięcy po każdym testach specjalistycznych)			
Przyleganie ekranu wzmacniającego do filmu, szczelność kaset (raz na 6 miesięcy)			
Pomieszczenie ciemni			
Gęstość minimalna, wskaźnik światłoczułości, wskaźnik kontrastowości, temperatura wywoływacza (w każdym dniu pracy wywoływarki)			
Warunki oceny zdjęć mammograficznych (w każdym dniu stosowania negatoskopu)			

3. Protokół optymalizacji obróbki fotochemicznej

	Akceptacja	
	tak	nie

Pracownia posiada aktualny protokół optymalizacji		
---	--	--

Uwagi dotyczące prowadzenia testów podstawowych oraz reagowania na ich wyniki

Testy podstawowe powinny być prowadzone w zakresie i z częstością określonymi w Załączniku nr 6 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej z późn. zmianami (Dz. U. z 2013 r., poz. 1015, z późn. zm.). Niedopuszczalne jest stosowanie urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych, gdy uzyskane wyniki testów przekraczają wartości graniczne.

Uwagi na temat stanu technicznego aparatu i akcesoriów

Ocena wybranych parametrów aparatury mammograficznej

Warunki ekspozycji klinicznej:	Tryb pracy, zaszeregowanie
Dla formatu filmu 18 cm x 24 cm	
Dla formatu filmu 24 cm x 30 cm	
Przedstawiciel użytkownika obsługujący aparat podczas kontroli	

1. Geometria wiązki promieniowania X

Format filmu: 18 cm × 24 cm

Tryb pracy	
Wysokie napięcie [kV]	
Obciążenie prądowo-czasowe [mAs]	

Położenie krawędzi pola promieniowania X względem krawędzi filmu		
od strony klatki piersiowej [mm]		wew. filmu / na zew. filmu
od lewej strony [mm]		wew. filmu / na zew. filmu
od prawej strony [mm]		wew. filmu / na zew. filmu

Położenie krawędzi stolika względem krawędzi filmu		
od strony klatki piersiowej [mm]		na zew. filmu

Pole promieniowania X powinno pokrywać cały film. Pole promieniowania X może wykraczać poza krawędź filmu o nie więcej niż 5 mm z każdej strony. Kratka przeciwrozproszeniowa (krawędź stolika) od strony klatki piersiowej nie powinna wykraczać poza krawędź filmu o więcej niż 5 mm.

Format filmu: 24 cm × 30 cm

Tryb pracy		
Wysokie napięcie	[kV]	
Obciążenie prądowo-czasowe	[mAs]	

Położenie krawędzi pola promieniowania X względem krawędzi filmu		
od strony klatki piersiowej	[mm]	wew. filmu / na zew. filmu
od lewej strony	[mm]	wew. filmu / na zew. filmu
od prawej strony	[mm]	wew. filmu / na zew. filmu

Położenie krawędzi stolika względem krawędzi filmu		
od strony klatki piersiowej	[mm]	na zew. filmu

Pole promieniowania X powinno pokrywać cały film. Pole promieniowania X może wykraczać poza krawędź filmu o nie więcej niż 5 mm z każdej strony. Kratka przeciwrozproszeniowa (krawędź stolika) od strony klatki piersiowej nie powinna wykraczać poza krawędź filmu o więcej niż 5 mm.

2. Kompresja piersi

Płytką uciskowa: mała

a) Maksymalna siła kompresji *

Nominalna (odczytana) wartość siły kompresji	[kg]	
Wartość siły kompresji zmierzona po uciśnięciu	[kg]	
Różnica między nominalną a zmierzoną wartością siły kompresji	[kg]	
Wartość siły kompresji po 30 sekundach	[kg]	
Różnica między wartością siły kompresji zmierzoną po uciśnięciu i po 30 sekundach	[kg]	

Maksymalna wartość siły kompresji powinna zawierać się w granicach 13 kg ÷ 20 kg. Różnica między nominalną (odczytaną) a zmierzoną wartością siły kompresji nie powinna przekraczać 2 kg. Różnica między wartością siły kompresji zmierzoną bezpośrednio po uciśnięciu i po 30 sekundach nie powinna przekraczać 2 kg. Siła kompresji po 1 minucie nie powinna wyjść poza zakres 13 kg ÷ 20 kg.

* pomiaru dokonać przy użyciu miernika użytkownika lub wypełnić na podstawie testów specjalistycznych o ile to możliwe

b) Ustawienie płytki uciskowej

Położenie płytki uciskowej nad stolikiem (pełna kompresja, symetryczne podparcie płytki)		
z lewej strony [cm]	z prawej strony [cm]	różnica między lewą i prawą stroną [cm]

Dla symetrycznego podparcia płytki uciskowej różnica w położeniu płytki uciskowej nad stolikiem pomiędzy lewą i prawą stroną płytki nie powinna być większa niż 0,5 cm.

Płytką uciskowa: duża

a) Maksymalna siła kompresji *

Nominalna (odczytana) wartość siły kompresji	[kg]	
Wartość siły kompresji zmierzona po uciśnięciu	[kg]	
Różnica między nominalną a zmierzoną wartością siły kompresji	[kg]	
Wartość siły kompresji po 30 sekundach	[kg]	
Różnica między wartością siły kompresji zmierzoną po uciśnięciu i po 30 sekundach	[kg]	

Maksymalna wartość siły kompresji powinna zawierać się w granicach 13 kg ÷ 20 kg. Różnica między nominalną (odczytaną) a zmierzoną wartością siły kompresji nie powinna przekraczać 2 kg. Różnica między wartością siły kompresji zmierzoną bezpośrednio po uciśnięciu i po 30 sekundach nie powinna przekraczać 2 kg. Siła kompresji po 1 minucie nie powinna wyjść poza zakres 13 kg ÷ 20 kg.

* pomiaru dokonać przy użyciu miernika użytkownika lub wypełnić na podstawie testów specjalistycznych o ile to możliwe

b) Ustawienie płytki uciskowej

Położenie płytki uciskowej nad stolikiem (pełna kompresja, symetryczne podparcie płytki)		
z lewej strony [cm]	z prawej strony [cm]	różnica między lewą i prawą stroną [cm]

Dla symetrycznego podparcia płytki uciskowej różnica w położeniu płytki uciskowej nad stolikiem pomiędzy lewą i prawą stroną płytki nie powinna być większa niż 0,5 cm.

3. Kompensacja zmian grubości fantomu i wartości wysokiego napięcia

*

Stolik: mały

Gęstość optyczna	Wartość odniesienia: D_{od}	
	Wartość minimalna: D_{min}	
	Wartość maksymalna: D_{max}	
Różnice od wartości odniesienia	$D_{od} - D_{min}$	
	$D_{max} - D_{od}$	

Dla obrazu fantomu (4,5 cm PMMA) wykonanego w warunkach klinicznych gęstość optyczna w punkcie referencyjnym (zwana dalej „wartością odniesienia”) powinna zawierać się w przedziale $1,4 \div 1,9$. Wszystkie wartości gęstości optycznej nie powinny różnić się od wartości odniesienia o więcej niż 0,15.

Stolik: duży

Gęstość optyczna	Wartość odniesienia: D_{od}	
	Wartość minimalna: D_{min}	
	Wartość maksymalna: D_{max}	
Różnice od wartości odniesienia	$D_{od} - D_{min}$	
	$D_{max} - D_{od}$	

* wypełnić na podstawie testów specjalistycznych o ile to możliwe

Dla obrazu fantomu (4,5 cm PMMA) wykonanego w warunkach klinicznych gęstość optyczna w punkcie referencyjnym (zwana dalej „wartością odniesienia”) powinna zawierać się w przedziale $1,4 \div 1,9$. Wszystkie wartości gęstości optycznej nie powinny różnić się od wartości odniesienia o więcej niż 0,15.

4. Średnia dawka gruczołowa dla ekspozycji klinicznej, czas ekspozycji *

Grubość fantomu PMMA [cm]	4,5
Tryb pracy	
Anoda / filtr	
Wysokie napięcie [kV]	
Warstwa pochłonna [mm Al]	
Czas ekspozycji: t [ms]	
Dawka dla odległości ognisko – powierzchnia fantomu: E_{iPKli} [mGy]	
Średnia dawka gruczołowa dla ekspozycji klinicznej [mGy]	

Średnia dawka gruczołowa wyznaczona dla ekspozycji klinicznej fantomu PMMA o grubości 4,5 cm powinna być mniejsza niż 2,5 mGy. Czas ekspozycji nie powinien być większy niż 2 s.

* wypełnić na podstawie testów specjalistycznych o ile to możliwe

5. Warunki oglądania mammogramów

a) Wyposażenie negatoskopu w żaluzje

Nazwa i typ negatoskopu	Wyposażenie w żaluzje		
	żaluzje	maskownice innego typu	brak
	żaluzje	maskownice innego typu	brak

Negatoskop powinien być wyposażony w żaluzje lub innego typu maskownice.

b) Ocena wizualna powierzchni negatoskopu

Nazwa i typ negatoskopu	Uwagi

Powierzchnia negatoskopu nie powinna być brudna ani zarysowana.

**Uwagi dotyczące wyników oceny wybranych parametrów aparatury
mammograficznej oraz poprawności realizacji testów kontroli jakości**

Kryteria formułowania oceny końcowej

Końcowa ocena wykonywania badań mammograficznych w ramach „Programu profilaktyki raka piersi” jest formułowana przez osoby przeprowadzające kontrolę na podstawie wyników oceny realizacji testów akceptacyjnych, specjalistycznych i podstawowych oraz oceny wybranych parametrów aparatury mammograficznej. Nieprawidłowości w dowolnym z ocenianych obszarów oznaczają niespełnienie wymogów prawa i mogą stanowić podstawę do sformułowania negatywnej oceny końcowej.

Na mocy decyzji Centralnego Ośrodka Koordynującego w procesie formułowania oceny końcowej należy przywiązywać szczególną uwagę do wystąpienia **dowolnego** z wymienionych poniżej warunków:

- brak protokołu z testów specjalistycznych (nie starszego niż rok);
- brak działań korygujących w przypadku negatywnych wyników testów specjalistycznych;
- całkowity brak wykonywania co najmniej jednego z testów podstawowych;
- brak działań korygujących w przypadku powtarzających się negatywnych wyników testów podstawowych;
- pole promieniowania wykraczające poza obszar detektora o ponad 5 mm od strony klatki piersiowej;
- zbyt wysoka średnia dawka gruczołowa dla ekspozycji klinicznej.

Końcowa ocena wykonywania badań mammograficznych w ramach „Programu profilaktyki raka piersi”

Z przeprowadzonej kontroli wynika, że pracownia mammograficzna w realizuje badania kobiet wykonywane z wykorzystaniem aparatu [*producent, model/typ*] o numerze seryjnym [*nr seryjny*] w ramach „Programu profilaktyki raka piersi” w sposób prawidłowy / nieprawidłowy*) w zakresie ocenianych parametrów.

Kopia niniejszego Protokołu zostaje przekazana do odpowiedniego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia i Centralnego Ośrodka Koordynującego.

Podpis osoby przeprowadzającej kontrolę

* niewłaściwe skreślić

**Protokół z kontroli jakości badań mammograficznych
realizowanej w ramach „Koordynacji i monitorowania jakości
profilaktyki raka piersi”
przez Centralny Ośrodek Koordynujący**

Użytkownik (nazwa i adres)	
--------------------------------------	--

Mammograf	
Typ systemu	cyfrowy / ucyfrowiony
Rodzaj pracowni	stacjonarna / mobilna
Producent	
Model lub typ	
Rok produkcji	
Rok rozpoczęcia eksploatacji	
Nr seryjny aparatu	
Nr seryjny lampy	
Model lub typ skanera CR	
Model lub typ kaset CR	

Data kontroli	
----------------------	--

Osoba przeprowadzająca kontrolę	
Imię i nazwisko	Numer upoważnienia Ministra Zdrowia

Przedstawiciel/przedstawiciele świadczeniodawcy uczestniczący w kontroli

Imię i nazwisko	Stanowisko służbowe

Ocena realizacji testów kontroli jakości w ośrodku

1. Testy specjalistyczne, wymagane przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1015, z późn. zm.)

Data wykonania testów specjalistycznych	
---	--

	Akceptacja	
	tak	nie
Pracownia posiada aktualny protokół z testów specjalistycznych		

Ocena wyników testów specjalistycznych i reakcji na nie*)	
Prawidłowe wyniki wszystkich testów specjalistycznych	
Wyniki nieprawidłowe, podjęto odpowiednie działania korygujące	
Wyniki nieprawidłowe, nie podjęto odpowiednich działań korygujących	

Uwagi dotyczące testów oraz reagowania na ich wyniki

Testy specjalistyczne powinny być wykonywane nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy. Niedopuszczalne jest stosowanie urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych, gdy uzyskane wyniki testów eksploatacyjnych przekraczają wartości graniczne.

*) Wypełnić, jeśli pracownia przedstawiła aktualny protokół z testów specjalistycznych

2. **Testy podstawowe**, wymagane przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1015, z późn. zm.) (obowiązuje od 18 grudnia 2015 r.).

Test	wykonywany regularnie i prawidłowo	wykonywany nieregularnie i/lub nieprawidłowo	nie wykonywany
Staość ekspozycji (w każdym dniu pracy mammografu)			
Jednorodność obrazu (raz na tydzień)			
Siła kompresji (6 miesięcy po każdym testach specjalistycznych)			
Geometryczne zniekształcenia obrazu (co 6 miesięcy)			
Kompensacja zmian grubości fantomu i wartości wysokiego napięcia			
Artefakty (co 6 miesięcy)			
Rozdzielczość wysokokontrastowa (systemy CR, co tydzień)			
Geometryczne zniekształcenie obrazu (co 6 miesięcy)			
Jakość obrazu (co tydzień)			
Testy monitorów: warunki oglądania obrazów, jakość obrazu, progowy kontrast wyświetlonego obrazu (w każdym dniu wykorzystywania monitora przed rozpoczęciem, pracy)			

Uwagi dotyczące testów oraz reagowania na ich wyniki

--

Uwagi na temat stanu technicznego aparatu i akcesoriów

--

Wyposażenie pracowni	tak	nie
Negatoskop		
Drukarka		

Ocena wybranych parametrów aparatury mammograficznej

1. Geometria wiązki promieniowania X

Format obrazu: ... cm × ... cm

Tryb pracy		ręczny
Anoda		
Wysokie napięcie	[kV]	28
Obciążenie prądowo-czasowe	[mAs]	

Położenie krawędzi pola promieniowania X względem krawędzi obrazu		
od strony klatki piersiowej [mm]		wewn. / na zew. obrazu

Położenie krawędzi stolika względem krawędzi rejestratora obrazu		
od strony klatki piersiowej [mm]		na zew. obrazu

Pole promieniowania X powinno pokrywać cały obszar obrazu. Pole promieniowania X może wykraczać poza krawędź obrazu o nie więcej niż 5 mm z każdej strony. Klatka przeciwrozproszeniowa (krawędź stolika) od strony klatki piersiowej nie powinna wykraczać poza krawędź rejestratora obrazu o więcej niż 5 mm.

Format obrazu: ... cm × ... cm

Tryb pracy		ręczny
Anoda		
Wysokie napięcie	[kV]	28
Obciążenie prądowo-czasowe	[mAs]	

Położenie krawędzi pola promieniowania X względem krawędzi obrazu		
od strony klatki piersiowej [mm]		wewn. / na zew. obrazu

Położenie krawędzi stolika względem krawędzi rejestratora obrazu		
od strony klatki piersiowej [mm]		na zew. obrazu

Pole promieniowania X powinno pokrywać cały obszar obrazu. Pole promieniowania X może wykraczać poza krawędź obrazu o nie więcej niż 5 mm z każdej strony. Kratka przeciwrozproszeniowa (krawędź stolika) od strony klatki piersiowej nie powinna wykraczać poza krawędź rejestratora obrazu o więcej niż 5 mm.

2. Kompresja piersi

Płytko uciskowa: mała

a) Siła kompresji *

Nominalna (odczytana) wartość siły kompresji	[kg]	
Wartość siły kompresji zmierzona po uciśnięciu	[kg]	
Różnica między nominalną a zmierzoną wartością siły kompresji	[kg]	
Wartość siły kompresji po 30 sekundach	[kg]	
Różnica między wartością siły kompresji zmierzoną po uciśnięciu i po 30 sekundach	[kg]	

Maksymalna wartość siły kompresji powinna zawierać się w granicach 13 kg ÷ 20 kg (130 N ÷ 200 N). Różnica między nominalną (odczytaną) a zmierzoną wartością siły kompresji nie powinna przekraczać 2 kg. Różnica między wartością siły kompresji zmierzoną bezpośrednio po uciśnięciu i po 30 sekundach nie powinna przekraczać 2 kg.

* dokonać pomiaru miernikiem użytkownika lub wypełnić na podstawie testów specjalistycznych o ile to możliwe

b) Ustawienie płytki uciskowej

Położenie płytki uciskowej nad stolikiem (pełna kompresja, symetryczne podparcie płytki)		
z lewej strony [cm]	z prawej strony [cm]	różnica między lewą i prawą stroną [cm]

Dla symetrycznego podparcia płytki uciskowej różnica w położeniu płytki uciskowej nad stolikiem pomiędzy lewą i prawą stroną płytki nie powinna być większa niż 0,5 cm.

Płytką uciskowa: duża

a) Siła kompresji *

Nominalna (odczytana) wartość siły kompresji	[kg]	
Wartość siły kompresji zmierzona po uciśnięciu	[kg]	
Różnica między nominalną a zmierzoną wartością siły kompresji	[kg]	
Wartość siły kompresji po 30 sekundach	[kg]	
Różnica między wartością siły kompresji zmierzoną po uciśnięciu i po 30 sekundach	[kg]	

Maksymalna wartość siły kompresji powinna zawierać się w granicach 13 kg ÷ 20 kg (130 N ÷ 200 N). Różnica między nominalną (odczytaną) a zmierzoną wartością siły kompresji nie powinna przekraczać 2 kg. Różnica między wartością siły kompresji zmierzoną bezpośrednio po uciśnięciu i po 30 sekundach nie powinna przekraczać 2 kg.

* dokonać pomiaru miernikiem użytkownika lub wypełnić na podstawie testów specjalistycznych o ile to możliwe

b) Ustawienie płytki uciskowej

Położenie płytki uciskowej nad stolikiem (pełna kompresja, symetryczne podparcie płytki)		
z lewej strony [cm]	z prawej strony [cm]	różnica między lewą i prawą stroną [cm]

Dla symetrycznego podparcia płytki uciskowej różnica w położeniu płytki uciskowej nad stolikiem pomiędzy lewą i prawą stroną płytki nie powinna być większa niż 0,5 cm.

* wypełnić na podstawie testów użytkownika o ile to możliwe

3. Średnia dawka gruczołowa dla ekspozycji klinicznej, czas ekspozycji *

grubość fantomu PMMA	[cm]	2
wysokie napięcie	[kV]	
anoda-filtracja		
warstwa pochłonna	[mmAl]	
ustawienie systemu AEC		
obciążenie prądowo - czasowe:	[mAs]	
średnia dawka gruczołowa	[mGy]	
wartość graniczna	[mGy]	1,0
wynik testu ¹⁾		

Czas ekspozycji dla standardowego fantomu nie powinien być większy niż 2s ; średnia dawka gruczołowa dla ekspozycji klinicznej nie powinna przekraczać wartości granicznej podanej w tabeli

grubość fantomu PMMA	[cm]	4,5
wysokie napięcie	[kV]	
anoda-filtracja		
warstwa pochłonna	[mmAl]	
ustawienie systemu AEC		
obciążenie prądowo - czasowe	[mAs]	
czas ekspozycji	[ms]	
wynik testu (czas ekspozycji)		
średnia dawka gruczołowa	[mGy]	
wartość graniczna	[mGy]	2,5
wynik testu ¹⁾		

grubość fantomu PMMA	[cm]	7
wysokie napięcie	[kV]	
anoda-filtracja		
warstwa pochłonna	[mmAl]	
ustawienie systemu AEC		
obciążenie prądowo - czasowe:	[mAs]	
średnia dawka gruczołowa	[mGy]	
wartość graniczna [mGy]		6,5
wynik testu ¹⁾		

¹⁾ P- wynik w normie, N - wynik poza normą.

* wypełnić na podstawie testów użytkownika o ile to możliwe

4. Warunki oglądania mammogramów

Stacja opisowa		
Nazwa i typ monitora		
Numer seryjny		
Ustawienie	lewy	prawy

Zniekształcenia / artefakty

Wzór testowy	TG-18QC	
Monitor	lewy	prawy
Artefakty/zniekształcenia (T/N)		
Opis artefaktów/zniekształceń		
Wynik testu		

Na obrazie testowym nie powinny być widoczne zniekształcenia geometryczne ani artefakty

Widoczność kontrastu

Wzór testowy	TG-18QC	
Monitor	lewy	prawy
Wynik testu		

**Uwagi dotyczące wyników oceny wybranych parametrów aparatury
mammograficznej oraz poprawności realizacji testów kontroli jakości**

Kryteria formułowania oceny końcowej

Końcowa ocena wykonywania badań mammograficznych w ramach „Programu profilaktyki raka piersi” jest formułowana przez osoby przeprowadzające kontrolę na podstawie wyników oceny realizacji testów eksploatacyjnych oraz oceny wybranych parametrów aparatury mammograficznej. Nieprawidłowości w dowolnym z ocenianych obszarów oznaczają niespełnienie wymogów prawa i mogą stanowić podstawę do sformułowania negatywnej oceny końcowej.

Na mocy decyzji Centralnego Ośrodka Koordynującego w procesie formułowania oceny końcowej należy przywiązywać szczególną wagę do wystąpienia **dowolnego** z wymienionych poniżej warunków:

- brak działań korygujących w przypadku negatywnych wyników testów kontroli jakości;
- pole promieniowania wykraczające poza obszar detektora o ponad 5 mm od strony klatki piersiowej;
- zbyt wysoki progowy kontrast obrazu;
- zbyt wysoka średnia dawka gruczołowa dla ekspozycji klinicznej (powyżej limitu dla danej grubości fantomu).

Końcowa ocena wykonywania badań mammograficznych w ramach „Programu profilaktyki raka piersi”

Z przeprowadzonej kontroli wynika, że pracownia mammograficzna w realizuje badania kobiet wykonywane z wykorzystaniem aparatu [*producent, model/typ*] o numerze seryjnym [*nr seryjny*] w ramach „Programu profilaktyki raka piersi” w sposób prawidłowy / nieprawidłowy*) w zakresie ocenianych parametrów.

Kopia niniejszego Protokołu zostaje przekazana do odpowiedniego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia i Centralnego Ośrodka Koordynującego.

Podpis osoby przeprowadzającej kontrolę

* niewłaściwe skreślić

[pieczęćka firmowa]

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na:

usługę przeprowadzenia kontroli jakości badań cytologicznych i mammograficznych wykonywanych w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy i Programu profilaktyki raka piersi

PAKIET NR 1

WYKAZ OSÓB

skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie dysponowania tymi osobami - zgodnie z zapisami SIWZ Rozdział VI pkt. 2.1.)

.....

.....

(nazwa i adres Wykonawcy)

I.p.	Numer Pakietu	Imię i nazwisko	Niezbędne uprawnienia, kwalifikacje, doświadczenie	Zakres czynności	Informacja o podstawie dysponowania
1.					
2.					

UWAGA!

Należy załączyć oświadczenia osób wymienionych w wykazie wg wzoru w załączniku nr 6.2.

....., dnia2016 r.

.....

podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

Załącznik nr 6.2.

....., dnia.....2016 r.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż posiadam co najmniej roczne doświadczenie pracy w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki, które nabyłem/am

W:.....

(podać rodzaj wykonywanej pracy, bądź powód korzystania z SIMP oraz okres)

.....

Imię i nazwisko (czytelnie)

[pieczęćka firmowa]

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na:

usługę przeprowadzenia kontroli jakości badań cytologicznych i mammograficznych wykonywanych w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy i Programu profilaktyki raka piersi

PAKIET NR 2

WYKAZ OSÓB

skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie dysponowania tymi osobami - zgodnie z zapisami SIWZ Rozdział VI pkt. 2.1.)

.....
.....

(nazwa i adres Wykonawcy)

I.p.	Numer Pakietu	Imię i nazwisko	Niezbędne uprawnienia, kwalifikacje, doświadczenie	Zakres czynności	Informacja o podstawie dysponowania
1.					
2.					

....., dnia2016 r.

.....

podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

Postępowanie nr PN-88/17/KE

pieczęć Wykonawcy

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na:
usługę przeprowadzenia kontroli jakości badań cytologicznych i mammograficznych wykonywanych w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy i Programu profilaktyki raka piersi

OŚWIADCZENIE (art. 24 ust. 11 Pzp)

składane w terminie 3 dni od zamieszczenia na stronie internetowej zamawiającego informacji o której mowa w art. 86 ust. 5 ustawy Pzp (protokół z otwarcia ofert)

w imieniu:

.....
.....

pełna nazwa/firma Wykonawcy, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego niniejszym oświadczam/y, że wobec reprezentowanego przeze mnie podmiotu nie zachodzą przesłanki wykluczenia z art. 24 ust. 1 pkt. 23 Pzp.

nie przynależę do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015 r. poz. 184, 1618 i 1634), z Wykonawcami którzy złożyli odrębne oferty, oferty częściowe, *

lub

należę do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015 r. poz. 184, 1618 i 1634), z Wykonawcami którzy złożyli odrębne oferty, oferty częściowe i składam wyjaśnienia i dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie przedmiotowego zamówienia.*

*niepotrzebne skreślić

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń w imieniu Wykonawcy lub pieczętka wraz z podpisem

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
Czytelny podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń w imieniu Wykonawcy lub pieczętka wraz z podpisem

....., dnia2017 r.
Miejscowość

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż wobec świadczeniodawców wymienionych w załączniku nr 3:

- n** Nie wchodzę w skład organów statutowych i nie pełnię funkcji kierowniczej u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola i nie jestem przedstawicielem tego świadczeniodawcy.
- n** Nie jestem małżonkiem, krewnym lub powinowatym w linii prostej, krewnym bocznym do czwartego stopnia, powinowatym bocznym do drugiego stopnia osoby wchodzącej w skład organów statutowych lub pełniącej funkcje kierownicze u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.
- n** Nie jestem związany z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.
- n** Nie jestem pracownikiem świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola, zatrudnionym na podstawie umowy o pracę, wyboru, mianowania, powołania lub umowy cywilno - prawnej.

Jestem również świadoma/y, że:

- n** biorąc udział w kontroli mogę zostać z niej wyłączona/y, jeżeli pomiędzy mną a osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawcy lub będącą przedstawicielem świadczeniodawcy, zachodzi stosunek osobisty tego rodzaju, że mógłby wywołać wątpliwości co do mojej bezstronności;
- n** wymienione wyżej powody wyłączenia z kontroli, obowiązują także po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.

Ponadto zobowiązuję się do:

- n** informowania o każdej sytuacji zaistnienia przesłanek do wyłączenia mnie z prowadzenia kontroli u danego świadczeniodawcy;
- n** przeprowadzenia kontroli zgodnie z przyjętymi zasadami u świadczeniodawców wskazanych w załączniku nr 4.1. do SIWZ.

.....

Imię i nazwisko (czytelnie)

....., dnia2017 r.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż:

- n** Nie wchodzę w skład organów statutowych i nie pełnię funkcji kierowniczej u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola i nie jestem przedstawicielem tego świadczeniodawcy.
- n** Nie jestem małżonkiem, krewnym lub powinowatym w linii prostej, krewnym bocznym do czwartego stopnia, powinowatym bocznym do drugiego stopnia osoby wchodzącej w skład organów statutowych lub pełniącej funkcje kierownicze u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.
- n** Nie jestem związany z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.
- n** Nie jestem pracownikiem świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola, zatrudnionym na podstawie umowy o pracę, wyboru, mianowania, powołania lub umowy cywilno - prawnej.

Jestem również świadoma/y, że:

- n** biorąc udział w kontroli mogę zostać z niej wyłączona/y, jeżeli pomiędzy mną a osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawcy lub będącą przedstawicielem świadczeniodawcy, zachodzi stosunek osobisty tego rodzaju, że mógłby wywołać wątpliwości co do mojej bezstronności;
- n** wymienione wyżej powody wyłączenia z kontroli, obowiązują także po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.

Ponadto zobowiązuję się do:

- n** informowania o każdej sytuacji zaistnienia przesłanek do wyłączenia mnie z prowadzenia kontroli u danego świadczeniodawcy;
- n** przeprowadzenia kontroli zgodnie z przyjętymi zasadami u świadczeniodawców wskazanych w załączniku nr 4.2. do SIWZ.

.....

(Podpis osoby kontrolującej)

[pieczęć firmowa]

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na:

usługę przeprowadzenia kontroli jakości badań cytologicznych i mammograficznych wykonywanych w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy i Programu profilaktyki raka piersi

PAKIET NR 1

WYKAZ OSÓB

skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie dysponowania tymi osobami - zgodnie z zapisami SIWZ Rozdział VI pkt. 2.1.)

.....
.....

(nazwa i adres Wykonawcy)

ZADANIE NR 1

l.p.	Imię i nazwisko	lekarze ginekolodzy, pielęgniarki, lub położne (podać)	byli pracownicy WOK i byli pracownicy COK	Zakres czynności	Informacja o podstawie dysponowania
1.					
2.					

....., dnia2016 r.

.....

podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

ZADANIE NR 2

l.p.	Imię i nazwisko	cytodiagności TAK/NIE	byli pracownicy WOK i byli pracownicy COK	Zakres czynności	Informacja o podstawie dysponowania
1.					
2.					

....., dnia2016 r.

.....

podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

ZADANIE NR 3

l.p.	Imię i nazwisko	lekarze ginekolodzy, pielęgniarki, lub położne (podać)	byli pracownicy WOK i byli pracownicy COK	Zakres czynności	Informacja o podstawie dysponowania
1.					
2.					

....., dnia2016 r.

.....

podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

[pieczęć firmowa]

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na:

usługę przeprowadzenia kontroli jakości badań cytologicznych i mammograficznych wykonywanych w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy i Programu profilaktyki raka piersi

PAKIET NR 2

WYKAZ OSÓB

skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie dysponowania tymi osobami - zgodnie z zapisami SIWZ Rozdział VI pkt. 2.1.)

.....

.....

(nazwa i adres Wykonawcy)

l.p.	Imię i nazwisko	co najmniej roczne doświadczenie w zakresie kontroli świadczeniodawców „Programu profilaktyki raka piersi” w oparciu o upoważnienie Ministra Zdrowia TAK/NIE	w przypadku kontroli pracowni wykorzystujących do skryningu mammograficznego systemy cyfrowe lub ucyfrowione TAK/NIE	osoby z doświadczeniem w wykonaniu kontroli co najmniej 5 tego typu pracowni	Zakres czynności	Informacja o podstawie dysponowania
1.						
2.						

....., dnia2016 r.

.....

podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

UMOWA nr

zawarta w dniu2017 r. w Warszawie pomiędzy:

Centrum Onkologii – Instytutem im. Marii Skłodowskiej – Curie z siedzibą 02-034 Warszawa, ul. Wawelska 15B, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000144803, Regon 000288366, NIP 525-000-80-57, zwanym dalej „Zamawiającym”, w imieniu którego działa:

Prof. dr hab. n. med. Jan Walewski – Dyrektor

a

zwanym dalej „Wykonawcą”,

wybrany w trybie przetargu nieograniczonego nr PN-88/17/KE/ na usługę przeprowadzenia kontroli jakości badań cytologicznych i mammograficznych wykonywanych w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy i Programu profilaktyki raka piersi - PAKIET NR 1 przeprowadzenie kontroli jakości badań cytologicznych realizowanych przez świadczeniodawców w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy (etap podstawowy, diagnostyczny i diagnostyki pogłębionej) na podstawie art. 10 ust. 1 i art. 39 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (DZ.U. z 2015 r. nr 113, poz. 2164 z późn. zm.)

§ 1 Przedmiot umowy

1. Na podstawie umowy Nr 1/2-3/1/2016/97/640 z dnia 25.07.2016 roku zawartej pomiędzy Ministrem Zdrowia a Centrum Onkologii – Instytutem im. Marii Skłodowskiej-Curie na realizację zadania pn. „Koordynacja i monitorowanie jakości profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy” Zamawiający zleca, a Wykonawca zobowiązuje się do wykonania na rzecz Zamawiającego usług polegających na:
Wykonaniu kontroli jakości badań skryningowych etapu (podstawowego/ diagnostycznego/ pogłębionej diagnostyki) realizowanych w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy w placówkach wskazanych w załączniku nr 5 do niniejszej umowy.
2. W dniu zawarcia niniejszej Umowy Wykonawca przekaże Zamawiającemu listę osób przydzielonych do kontroli poszczególnych placówek (wzór –Zasada realizacji kontroli świadczeniodawców w zakresie jakości badań cytologicznych Metodologii – Załączniki nr 3.a, 3.b lub 3.c do umowy (w zależności od kontrolowanego etapu).
3. Zamawiający przekaże otrzymane listy z wykazem osób i przyporządkowanych im placówek do skontrolowania, o których mowa w ust.2, do Ministerstwa Zdrowia występując o wydanie imiennych upoważnień do przeprowadzenia przedmiotowych kontroli.
4. Niezwłocznie po otrzymaniu imiennych upoważnień wydanych przez Ministra Zdrowia, uprawniających do prowadzenia kontroli, o której mowa w ust. 1, Zamawiający dostarczy je Wykonawcy.

§ 2 Obowiązki Wykonawcy

1. Wykonawca zobowiązany jest wykonywać przedmiot umowy z należytą starannością, zgodnie z wytycznymi wskazanymi w „*Protokole z kontroli jakości świadczeniodawców etapu podstawowego/diagnostycznego/pogłębionej diagnostyki Programu profilaktyki raka szyjki macicy wykonywanej w ramach zadania pn. Koordynacja i monitorowanie jakości profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, który stanowi załącznik nr 2a, 2b lub 2c do niniejszej umowy (w zależności od kontrolowanego etapu) oraz zgodnie z Zasadami realizacji kontroli świadczeniodawców etapu podstawowego/ diagnostycznego/ pogłębionej diagnostyki „Programu profilaktyki raka szyjki macicy” w zakresie jakości badań cytologicznych* stanowiącymi załącznik nr 3a, 3b lub 3c do niniejszej umowy (w zależności od kontrolowanego etapu), z uwzględnieniem obowiązujących przepisów prawa, standardów i reguł wykonywania prac objętych zleceniem.
2. W przypadku, gdy świadczeniodawcy etapu podstawowego, diagnostycznego, oraz pogłębionej diagnostyki z listy stanowiącej załącznik nr 5 do umowy podlega co najmniej 1 filia, gdzie wykonywane/oceniane są profilaktyczne badania cytologiczne/realizowane są badania z etapu pogłębionej diagnostyki Wykonawca zwraca się do świadczeniodawcy z wnioskiem o informację, która z filii wykonuje/ocenia najwięcej badań i ta filia podlega kontroli.
3. Wykonawca oświadcza, że osoby wskazane do przeprowadzenia kontroli świadczeniodawców wymienionych w załączniku nr 5 spełniają warunki: bezstronności wobec tych świadczeniodawców, co potwierdza wypełnionymi i podpisanymi załącznikami nr 6 (odrębnie dla każdego kontrolującego) oraz posiadania co najmniej roczne doświadczenie pracy w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki, co potwierdza wypełnionymi i podpisanymi załącznikami nr 4 (odrębnie dla każdego kontrolującego).
4. Przed rozpoczęciem kontroli Wykonawca przedstawi Zamawiającemu harmonogram kontroli.
5. Przeprowadzenie kontroli danego ośrodka udokumentowane zostanie w stosownym Protokole kontroli, którego wzór stanowi załącznik nr 2a, 2b lub 2c (w zależności od kontrolowanego etapu) . Wykonawca sporządzi Protokół kontroli odrębnie dla każdego ośrodka.
6. Wykonawca przekazuje uzupełniony Protokół, o którym mowa w ust. 5, jednostkom wskazanym w załączniku nr 3a, 3b lub 3c (w zależności od kontrolowanego etapu) - *Zasady realizacji kontroli świadczeniodawców etapu podstawowego/ diagnostycznego/ pogłębionej diagnostyki „Programu profilaktyki raka szyjki macicy” w zakresie jakości badań cytologicznych*, oraz dodatkowo w wersji elektronicznej na adres mailowy: p.wieszczy@gmail.com w terminie do dnia 30.11.2017 r.
7. Zamawiający zastrzega możliwość udziału podczas realizowanej kontroli obserwatora - przedstawiciela COK w wybranych placówkach.

§ 3 Wynagrodzenie Wykonawcy

1. Za prawidłowe wykonanie przedmiotu umowy, określonego w § 1 niniejszej umowy, Wykonawcy przysługuje wynagrodzenie zależne od liczby wykonanych kontroli jakości badań cytologicznych przy założeniu, że jedna kontrola wynosi:
 - a) w etapie podstawowym:zł brutto (słownie złotych:)
 - b) w etapie diagnostycznym: zł brutto (słownie złotych:)

- c) w etapie pogłębionej diagnostyki:zł brutto (słownie złotych:)
- realizowanych w ośrodkach wskazanym w załączniku nr 5, udokumentowanych prawidłowo wypełnionymi Protokółami kontroli.
2. Wynagrodzenie płatne będzie jednorazowo po wykonaniu wszystkich kontroli przelewem na konto wskazane w rachunku wystawionym przez Wykonawcę.
 3. Płatność z tytułu wykonania umowy, zostanie dokonana po podpisaniu protokołu odbioru prawidłowo wykonanych wszystkich kontroli objętych umową, bez uwag Zamawiającego, przelewem, w terminie 30 dni od daty dostarczenia faktury VAT (lub rachunku), na rachunek bankowy Wykonawcy nr
 4. Za termin zapłaty strony przyjmują datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
 5. W przypadku nieterminowej płatności Wykonawca może zażądać zapłaty odsetek ustawowych za każdy dzień opóźnienia.
 6. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1. płatne jest ze środków przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia w ramach umowy Nr 1/2-3/1/2016/97/640 z dnia 25 lipca 2016 r.

§ 4 Termin wykonania umowy

Niniejsza umowa zawarta zostaje na czas określony tj. od dnia jej zawarcia do dnia 30.11.2017 r.

§ 5 Kary umowne

1. Jeżeli Wykonawca nie wykona zleconych czynności, wskazanych w § 1 umowy, wówczas:
 - 1) Zamawiającemu przysługuje prawo do jednostronnego odstąpienie od niniejszej umowy bez obowiązku wyznaczania dodatkowego terminu oraz bez obowiązku zapłaty wynagrodzenia, określonego w § 3 umowy,
 - 2) Zamawiającemu przysługuje prawo do żądania zapłaty kary umownej w wysokości 10% wynagrodzenia brutto określonego w § 3 umowy.
2. W razie wykonania zleconych usług niezgodnie z wytycznymi, o których mowa w § 2 ust.1 umowy lub w razie nieprawidłowo sporządzonego protokołu kontroli:
 - 1) Zamawiającemu przysługuje prawo do odpowiedniego pomniejszenia wysokości wynagrodzenia brutto, określonego w § 3, stosownie do zakresu wadliwego wykonania usług,
 - 2) Zamawiającemu przysługuje prawo do żądania zapłaty kary umownej za nieterminowe wykonanie usług w wysokości 0,5% wynagrodzenia brutto określonego w § 3 umowy za każdy dzień przekroczenia terminu określonego w § 4 umowy.
 - 3) Zamawiającemu przysługuje prawo do żądania zapłaty kary umownej w wysokości 10% wynagrodzenia brutto określonego w § 3 niniejszej umowy.
3. W przypadku, gdyby skutek niewykonania lub nienależytego wykonania usług Zamawiający poniósł szkodę w wysokości przewyższającej kary umowne, przysługuje mu prawo do dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych określonych w Kodeksie Cywilny.

§ 6 Poufność

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do nieujawniania wszelkich informacji, do których dostęp uzyskał w związku bądź przy okazji wykonywania usług na podstawie niniejszej umowy, a zwłaszcza:
 - 1) informacji objętych tajemnicą przedsiębiorstwa, służbową i zawodową,

- 2) informacji objętych ochroną z mocy przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, a w szczególności danych „wrażliwych”.
2. Zobowiązanie do nieujawniania powyższych informacji obowiązuje bez ograniczeń czasowych, także po rozwiązaniu lub wygaśnięciu niniejszej Umowy.

§7 Postanowienia końcowe

1. W przypadku wystąpienia osoby trzeciej przeciwko Zamawiającemu z tytułu wad prawnych do przedmiotu umowy, odpowiedzialność z tego tytułu ponosić będzie Wykonawca.
2. W sprawach nieuregulowanych umową zastosowanie mają przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych, kodeksu cywilnego.
3. W przypadku wystąpienia osób trzecich przeciwko Zamawiającemu z roszczeniami, z tytułu prawa własności, praw patentowych lub autorskich do przedmiotu umowy, odpowiedzialność z tego tytułu ponosi Wykonawca.
4. Informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa każdej ze Stron, uzyskane w związku z zawarciem niniejszej umowy oraz jej wykonywania stanowić będą informacje poufne Zamawiającego.
5. Strony zobowiązane są do nie ujawniania informacji poufnych jakiegokolwiek osobie trzeciej bez zgody drugiej Strony wyrażonej uprzednio na piśmie.
6. W przypadku ujawnienia takiej informacji poufnej wbrew postanowieniom ustępu poprzedzającego, Strona, która ujawniła informacje poufne ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą za szkodę wyrządzoną drugiej Stronie wskutek ujawnienia informacji poufnej.
7. Wszelkie spory między stronami, wynikłe z realizacji niniejszej umowy, których Strony nie rozstrzygną polubownie w drodze wzajemnych negocjacji, będą rozstrzygane przez sąd powszechny właściwy dla siedziby Zamawiającego.
8. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnego aneksu pod rygorem nieważności.
9. Wykonawca nie może przenieść praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie, bez uprzedniej pisemnej zgody Zamawiającego, w szczególności na podstawie umowy przelewu wierzytelności, umowy poręczenia, umowy zastawu ani żadnej innej podobnej umowy, wskutek której dochodzi do przeniesienia kwoty wierzytelności, przysługującej Wykonawcy, na osobę trzecią, w tym również do zarządzania i administrowania wierzytelnością.
10. Czynność prawna dokonana z naruszeniem ust. 9 jest nieważna.
11. Umowę sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

WYKONAWCA

ZAMAWIAJĄCY

Wykaz załączników:

1. Wykaz osób skierowanych przez wykonawcę do realizacji umowy
2. Protokół z kontroli jakości badań cytologicznych realizowanej w ramach „Programu profilaktyki raka szyjki macicy” przez Centralny Ośrodek Koordynujący (2a, 2b i 2c)
3. Zasady realizacji kontroli świadczeniodawców w zakresie jakości badań cytologicznych (3a, 3b i 3c).
4. Oświadczenia o pracy w systemie SIMP.
5. Lista świadczeniodawców podlegających kontroli w 2016 r.
6. Oświadczenie o zachowaniu bezstronności.

UMOWA nr.....
zawarta w dniu2017 r. w Warszawie pomiędzy:

Centrum Onkologii – Instytutem im. Marii Skłodowskiej – Curie z siedzibą 02-034 Warszawa, ul. Wawelska 15B, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000144803, Regon 000288366, NIP 525-000-80-57, zwanym dalej „Zamawiającym”, w imieniu którego działa:
Prof. dr hab. n. med. Jan Walewski – Dyrektor

A

zwanym dalej „Wykonawcą”,
wybrany w trybie przetargu nieograniczonego nr PN 88/17/KE na usługę przeprowadzenia kontroli jakości badań cytologicznych i mammograficznych wykonywanych w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy i Programu profilaktyki raka piersi - PAKIET NR 2 przeprowadzenie kontroli jakości badań mammograficznych realizowanych przez świadczeniodawców w ramach Programu profilaktyki raka piersi (etap podstawowy) na podstawie art. 10 ust. 1 i art. 39 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (DZ.U. z 2015 r. nr 113, poz. 2164 z późn. zm.)

§ 1 Przedmiot umowy

1. Na podstawie umowy Nr 1/2-3/1/2016/97/640 z dnia 25.07.2016 roku zawartej pomiędzy Ministrem Zdrowia a Centrum Onkologii – Instytutem im. Marii Skłodowskiej-Curie na realizację zadania pn. „Koordynacja i monitorowanie jakości profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy” Zamawiający zleca, a Wykonawca zobowiązuje się do wykonania na rzecz Zamawiającego usług polegających na:
Wykonaniu kontroli jakości badań skryningowych etapu podstawowego realizowanych w ramach Programu profilaktyki raka piersi w placówkach wskazanych w załączniku nr 2 do niniejszej umowy.
2. W dniu zawarcia niniejszej Umowy Wykonawca przekaze Zamawiającemu listę osób przydzielonych do kontroli poszczególnych placówek wraz z zachowaniem warunku bezstronności (wzór-Załącznik nr 1) oraz z oświadczeniem o spełnianiu wymagań (wzór – Załącznik nr 1a)
3. Zamawiający przekaze otrzymane listy z wykazem osób i przyporządkowanych im placówek do skontrolowania, o których mowa w ust.2, do Ministerstwa Zdrowia występując o wydanie imiennych upoważnień do przeprowadzenia przedmiotowych kontroli.
4. Niezwłocznie po otrzymaniu imiennych upoważnień wydanych przez Ministra Zdrowia, uprawniających do prowadzenia kontroli, o której mowa w ust. 1, Zamawiający dostarczy je Wykonawcy.

§ 2 Obowiązki Wykonawcy

1. Wykonawca zobowiązany jest wykonywać przedmiot umowy z należytą starannością, zgodnie z wytycznymi wskazanymi w „*Protokole z kontroli jakości świadczeniodawców Programu profilaktyki raka piersi wykonywanej w ramach zadania pn. Koordynacja i monitorowanie jakości profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, który stanowi załączniki nr 3 i 4 (w zależności od rodzaju aparatu) oraz zgodnie z Zasadami realizacji kontroli świadczeniodawców etapu podstawowego „Programu profilaktyki raka piersi” w zakresie jakości badań mammograficznych* stanowiącymi załącznik 5 do niniejszej umowy z uwzględnieniem obowiązujących przepisów prawa, standardów i reguł wykonywania prac objętych zleceniem.
2. Wykonawca zweryfikuje bezpośrednio u świadczeniodawcy i w OW NFZ liczbę i rodzaje aparatów mammograficznych, z listy otrzymanej z COK, wykonujących badania mammograficzne w programie na obszarze obejmującym kontrolę.
3. Przed rozpoczęciem kontroli Wykonawca przedstawi Zamawiającemu harmonogram kontroli.
4. Przeprowadzenie kontroli danego ośrodka udokumentowane zostanie w stosownym Protokole kontroli, którego wzór stanowi załącznik nr 3 i 4 (w zależności od rodzaju aparatu) . Wykonawca sporządzi Protokół kontroli odrębnie dla każdego aparatu.
5. Wykonawca przekazuje uzupełniony Protokół, o którym mowa w ust. 3, jednostkom wskazanym w załączniku nr 5 - *Zasady realizacji kontroli świadczeniodawców etapu podstawowego „Programu profilaktyki raka piersi” w zakresie jakości badań mammograficznych*, oraz dodatkowo w wersji elektronicznej na adres mailowy: kontrolaiaudytoc@coi.pl w terminie do dnia 30.11.2017 r.

§ 3 Wynagrodzenie Wykonawcy

1. Za prawidłowe wykonanie przedmiotu umowy, określonego w § 1 niniejszej umowy, Wykonawcy przysługuje wynagrodzenie zależne od liczby wykonanych kontroli jakości badań mammograficznych, przy założeniu, że jedna kontrola wynosi: Zł brutto (słownie złotych:.....) realizowanych w ośrodkach wskazanym w załączniku nr 2, udokumentowanych prawidłowo wypełnionymi Protokołami kontroli.
2. Wynagrodzenie płatne będzie jednorazowo po wykonaniu wszystkich kontroli w przelewem na konto wskazane w rachunku wystawionym przez Wykonawcę.
3. Płatność z tytułu wykonania umowy, zostanie dokonana po podpisaniu protokołu odbioru prawidłowo wykonanych wszystkich kontroli objętych umową, bez uwag Zamawiającego, przelewem, w terminie 30 dni od daty dostarczenia faktury VAT (lub rachunku), na rachunek bankowy Wykonawcy nr
4. Za termin zapłaty strony przyjmują datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
5. W przypadku nieterminowej płatności Wykonawca może zażądać zapłaty odsetek ustawowych za każdy dzień opóźnienia.
6. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1. płatne jest ze środków przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia w ramach umowy Nr 1/2-3/1/2016/97/640 z dnia 25 lipca 2016 r.

§ 4 Termin wykonania umowy

Niniejsza umowa zawarta zostaje na czas określony tj. od dnia jej zawarcia do dnia 30.11.2017 r.

§ 5 Kary umowne

1. Jeżeli Wykonawca nie wykona zleconych czynności, wskazanych w § 1 umowy, wówczas:
 - 1) Zamawiającemu przysługuje prawo do jednostronnego odstąpienia od niniejszej umowy bez obowiązku wyznaczenia dodatkowego terminu oraz bez obowiązku zapłaty wynagrodzenia, określonego w § 3 umowy,
 - 2) Zamawiającemu przysługuje prawo do żądania zapłaty kary umownej w wysokości 10% wynagrodzenia brutto określonego w § 3 umowy.
2. W razie wykonania zleconych usług niezgodnie z wytycznymi, o których mowa w § 2 ust.1 umowy lub w razie nieprawidłowo sporządzonego protokołu kontroli:
 - 1) Zamawiającemu przysługuje prawo do odpowiedniego pomniejszenia wysokości wynagrodzenia brutto, określonego w § 3, stosownie do zakresu wadliwego wykonania usług,
 - 2) Zamawiającemu przysługuje prawo do żądania zapłaty kary umownej za nieterminowe wykonanie usług w wysokości 0,5% wynagrodzenia brutto określonego w § 3 umowy za każdy dzień przekroczenia terminu określonego w § 4 umowy.
 - 3) Zamawiającemu przysługuje prawo do żądania zapłaty kary umownej w wysokości 10% wynagrodzenia brutto określonego w § 3 niniejszej umowy.
3. W przypadku, gdyby skutek niewykonania lub nienależytego wykonania usług Zamawiający poniósł szkodę w wysokości przewyższającej karę umowną, przysługuje mu prawo do dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych określonych w Kodeksie Cywilny.

§ 6 Poufność

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do nieujawniania wszelkich informacji, do których dostęp uzyskał w związku bądź przy okazji wykonywania usług na podstawie niniejszej umowy, a zwłaszcza:
 - 1) informacji objętych tajemnicą przedsiębiorstwa, służbową i zawodową,
 - 2) informacji objętych ochroną z mocy przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, a w szczególności danych „wrażliwych”.
2. Zobowiązanie do nieujawniania powyższych informacji obowiązuje bez ograniczeń czasowych, także po rozwiązaniu lub wygaśnięciu niniejszej Umowy.

§7 Postanowienia końcowe

1. W przypadku wystąpienia osoby trzeciej przeciwko Zamawiającemu z tytułu wad prawnych do przedmiotu umowy, odpowiedzialność z tego tytułu ponosić będzie Wykonawca.
2. W sprawach nieuregulowanych umową zastosowanie mają przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych, kodeksu cywilnego.
3. W przypadku wystąpienia osób trzecich przeciwko Zamawiającemu z roszczeniami, z tytułu prawa własności, praw patentowych lub autorskich do przedmiotu umowy, odpowiedzialność z tego tytułu ponosi Wykonawca.
4. Informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa każdej ze Stron, uzyskane w związku z zawarciem niniejszej umowy oraz jej wykonywania stanowią będą informacje poufne Zamawiającego.
5. Strony zobowiązane są do nie ujawniania informacji poufnych jakiegokolwiek osobie trzeciej bez zgody drugiej Strony wyrażonej uprzednio na piśmie.

6. W przypadku ujawnienia takiej informacji poufnej wbrew postanowieniom ustępu poprzedzającego, Strona, która ujawniła informacje poufne ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą za szkodę wyrządzoną drugiej Stronie wskutek ujawnienia informacji poufnej.

7. Wszelkie spory między stronami, wynikłe z realizacji niniejszej umowy, których Strony nie rozstrzygną polubownie w drodze wzajemnych negocjacji, będą rozstrzygane przez sąd powszechny właściwy dla siedziby Zamawiającego.

8. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnego aneksu pod rygorem nieważności.

9. Wykonawca nie może przenieść praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie, bez uprzedniej pisemnej zgody Zamawiającego, w szczególności na podstawie umowy przelewu wierzytelności, umowy poręczenia, umowy zastawu ani żadnej innej podobnej umowy, wskutek której dochodzi do przeniesienia kwoty wierzytelności, przysługującej Wykonawcy, na osobę trzecią, w tym również do zarządzania i administrowania wierzytelnością.

10. Czynność prawna dokonana z naruszeniem ust. 9 jest nieważna.

11. Umowę sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

WYKONAWCA

ZAMAWIAJĄCY

Wykaz załączników:

1. Załącznik nr 1 - Oświadczenie o spełnianiu kryterium bezstronności wobec kontrolowanego świadczeniodawcy,
2. Załącznik nr 1a – Oświadczenie o spełnianiu wymagań przez osoby, które będą realizowały kontrole świadczeniodawców „Programu profilaktyki raka piersi” w zakresie jakości badań mammograficznych
3. Załącznik nr 2 – Lista placówek podlegających kontroli w 2017 roku,
4. Załącznik nr 3 – Protokół z kontroli jakości mammografów analogowych,
5. Załącznik nr 4 – Protokół z kontroli jakości mammografów cyfrowych i ucyfrowionych
6. Załącznik nr 5 – Zasady realizacji kontroli jakości badań mammograficznych w 2017 roku
7. Załącznik nr 6 – Lista osób do kontroli jakości badań mammograficznych

STANDARDOWY FORMULARZ JEDNOLITEGO EUROPEJSKIEGO DOKUMENTU ZAMÓWIENIA

Część I: Informacje dotyczące postępowania o udzielenie zamówienia oraz instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego

W przypadku postępowań o udzielenie zamówienia, w ramach których zaproszenie do ubiegania się o zamówienie opublikowano w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, informacje wymagane w części I zostaną automatycznie wyszukane, pod warunkiem że do utworzenia i wypełnienia jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia wykorzystany zostanie elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia¹. Adres publikacyjny stosownego ogłoszenia² w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej:

Dz.U. UE S numer [], data [], strona [],

Numer ogłoszenia w Dz.U. S: z dnia r.

Jeżeli nie opublikowano zaproszenia do ubiegania się o zamówienie w Dz.U., instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający muszą wypełnić informacje umożliwiające jednoznaczne zidentyfikowanie postępowania o udzielenie zamówienia:

W przypadku gdy publikacja ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej nie jest wymagana, proszę podać inne informacje umożliwiające jednoznaczne zidentyfikowanie postępowania o udzielenie zamówienia (np. adres publikacyjny na poziomie krajowym): [....]

INFORMACJE NA TEMAT POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

Informacje wymagane w części I zostaną automatycznie wyszukane, pod warunkiem że wyżej wymieniony elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia zostanie wykorzystany do utworzenia i wypełnienia tego dokumentu. W przeciwnym przypadku informacje te musi wypełnić wykonawca.

Tożsamość zamawiającego³	Odpowiedź:
Nazwa:	Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie
Jakiego zamówienia dotyczy niniejszy dokument?	Odpowiedź:
Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia ⁴ :	<i>Usługa przeprowadzenia kontroli jakości badań cytologicznych i mammograficznych wykonywanych w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy i Programu profilaktyki raka piersi</i>

¹ Służby Komisji udostępnią instytucjom zamawiającym, podmiotom zamawiającym, wykonawcom, dostawcom usług elektronicznych i innym zainteresowanym stronom bezpłatny elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia.

² W przypadku **instytucji zamawiających**: **wstępne ogłoszenie informacyjne** wykorzystywane jako zaproszenie do ubiegania się o zamówienie albo **ogłoszenie o zamówieniu**.

W przypadku **podmiotów zamawiających**: **okresowe ogłoszenie informacyjne** wykorzystywane jako zaproszenie do ubiegania się o zamówienie, **ogłoszenie o zamówieniu** lub **ogłoszenie o istnieniu systemu kwalifikowania**.

³ Informacje te należy skopiować z sekcji I pkt I.1 stosownego ogłoszenia. W przypadku wspólnego zamówienia proszę podać nazwy wszystkich uczestniczących zamawiających.

⁴ Zob. pkt II.1.1 i II.1.3 stosownego ogłoszenia.

Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (jeżeli dotyczy)⁵:

PN-88/17/KE

Wszystkie pozostałe informacje we wszystkich sekcjach jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia powinien wypełnić wykonawca.

Część II: Informacje dotyczące wykonawcy

A: INFORMACJE NA TEMAT WYKONAWCY

Identyfikacja:	Odpowiedź:
Nazwa:	[]
Numer VAT, jeżeli dotyczy: Jeżeli numer VAT nie ma zastosowania, proszę podać inny krajowy numer identyfikacyjny, jeżeli jest wymagany i ma zastosowanie.	[] []
Adres pocztowy:	[.....]
Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów ⁶ : Telefon: Adres e-mail: Adres internetowy (adres www) (jeżeli dotyczy):	[.....] [.....] [.....] [.....]
Informacje ogólne:	Odpowiedź:
Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem ⁷ ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

⁵ Zob. pkt II.1.1 stosownego ogłoszenia.

⁶ Proszę powtórzyć informacje dotyczące osób wyznaczonych do kontaktów tyle razy, ile jest to konieczne.

⁷ Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

<p>Jedynie w przypadku gdy zamówienie jest zastrzeżone⁸: czy wykonawca jest zakładem pracy chronionej, „przedsiębiorstwem społecznym”⁹ lub czy będzie realizował zamówienie w ramach programów zatrudnienia chronionego?</p> <p>Jeżeli tak, jaki jest odpowiedni odsetek pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych? Jeżeli jest to wymagane, proszę określić, do której kategorii lub których kategorii pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych należą dani pracownicy.</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>[...]</p> <p>[....]</p>
<p>Jeżeli dotyczy, czy wykonawca jest wpisany do urzędowego wykazu zatwierdzonych wykonawców lub posiada równoważne zaświadczenie (np. w ramach krajowego systemu (wstępnego) kwalifikowania)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy</p>
<p>Jeżeli tak: Proszę udzielić odpowiedzi w pozostałych fragmentach niniejszej sekcji, w sekcji B i, w odpowiednich przypadkach, sekcji C niniejszej części, uzupełnić część V (w stosownych przypadkach) oraz w każdym przypadku wypełnić i podpisać część VI.</p> <p>a) Proszę podać nazwę wykazu lub zaświadczenia i odpowiedni numer rejestracyjny lub numer zaświadczenia, jeżeli dotyczy:</p> <p>b) Jeżeli poświadczenie wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia jest dostępne w formie elektronicznej, proszę podać:</p> <p>c) Proszę podać dane referencyjne stanowiące podstawę wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia oraz, w stosownych przypadkach, klasyfikację nadaną w urzędowym wykazie¹⁰:</p> <p>d) Czy wpis do wykazu lub wydane zaświadczenie obejmują wszystkie wymagane kryteria kwalifikacji?</p> <p>Jeżeli nie: Proszę dodatkowo uzupełnić brakujące informacje w części IV w sekcjach A, B, C lub D, w zależności od przypadku. WYŁĄCZNIE jeżeli jest to wymagane w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia:</p> <p>e) Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić zaświadczenie odnoszące się do płatności składek na ubezpieczenie społeczne i podatków lub przedstawić informacje, które umożliwią instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu uzyskanie tego zaświadczenia bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim?</p> <p>Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</p>	<p>a) [.....]</p> <p>b) (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....][.....]</p> <p>c) [.....]</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....][.....]</p>

⁸ Zob. ogłoszenie o zamówieniu, pkt III.1.5.

⁹ Tj. przedsiębiorstwem, którego głównym celem jest społeczna i zawodowa integracja osób niepełnosprawnych lub defaworyzowanych.

¹⁰ Dane referencyjne i klasyfikacja, o ile istnieją, są określone na zaświadczeniu.

Rodzaj uczestnictwa:	Odpowiedź:
Czy wykonawca bierze udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia wspólnie z innymi wykonawcami ¹¹ ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jeżeli tak, proszę dopilnować, aby pozostali uczestnicy przedstawili odrębne jednolite europejskie dokumenty zamówienia.	
Jeżeli tak: a) Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie (lider, odpowiedzialny za określone zadania itd.): b) Proszę wskazać pozostałych wykonawców biorących wspólnie udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia: c) W stosownych przypadkach nazwa grupy biorącej udział:	a): [.....] b): [.....] c): [.....]
Części	Odpowiedź:
W stosownych przypadkach wskazanie części zamówienia, w odniesieniu do której (których) wykonawca zamierza złożyć ofertę.	[]

B: INFORMACJE NA TEMAT PRZEDSTAWICIELI WYKONAWCY

W stosownych przypadkach proszę podać imię i nazwisko (imiona i nazwiska) oraz adres(-y) osoby (osób) upoważnionej(-ych) do reprezentowania wykonawcy na potrzeby niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia:

Osoby upoważnione do reprezentowania, o ile istnieją:	Odpowiedź:
Imię i nazwisko: wraz z datą i miejscem urodzenia, jeżeli są wymagane	[.....], [.....]
Stanowisko/Działający(-a) jako:	[.....]
Adres pocztowy:	[.....]
Telefon:	[.....]
Adres e-mail:	[.....]
W razie potrzeby proszę podać szczegółowe informacje dotyczące przedstawicielstwa (jego form, zakresu, celu itd.):	[.....]

¹¹ Zwłaszcza w ramach grupy, konsorcjum, spółki *joint venture* lub podobnego podmiotu.

C: INFORMACJE NA TEMAT POLEGANIA NA ZDOLNOŚCI INNYCH PODMIOTÓW

Zależność od innych podmiotów:	Odpowiedź:
Czy wykonawca polega na zdolności innych podmiotów w celu spełnienia kryteriów kwalifikacji określonych poniżej w części IV oraz (ewentualnych) kryteriów i zasad określonych poniżej w części V?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Jeżeli tak, proszę przedstawić – dla każdego z podmiotów, których to dotyczy – odrębny formularz jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia zawierający informacje wymagane w **niniejszej części sekcja A i B oraz w części III**, należy wypełnić i podpisany przez dane podmioty. Należy zauważyć, że dotyczy to również wszystkich pracowników technicznych lub służb technicznych, nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości, a w przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane – tych, do których wykonawca będzie mógł się zwrócić o wykonanie robót budowlanych. O ile ma to znaczenie dla określonych zdolności, na których polega wykonawca, proszę dołączyć – dla każdego z podmiotów, których to dotyczy – informacje wymagane w częściach IV i V¹².

D: INFORMACJE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCÓW, NA KTÓRYCH ZDOLNOŚCI WYKONAWCA NIE POLEGA

(Sekcja, którą należy wypełnić jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wprost tego zażąda.)

Podwykonawstwo:	Odpowiedź:
Czy wykonawca zamierza zlecić osobom trzecim podwykonawstwo jakiegokolwiek części zamówienia?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli tak i o ile jest to wiadome , proszę podać wykaz proponowanych podwykonawców: [...]

Jeżeli instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wyraźnie żąda przedstawienia tych informacji oprócz informacji wymaganych w niniejszej sekcji, proszę przedstawić – dla każdego podwykonawcy (każdej kategorii podwykonawców), których to dotyczy – informacje wymagane w niniejszej części sekcja A i B oraz w części III.

¹²

Np. dla służb technicznych zaangażowanych w kontrolę jakości: część IV, sekcja C, pkt 3.

Część III: Podstawy wykluczenia

A: PODSTAWY ZWIĄZANE Z WYROKAMI SKAZUJĄCYMI ZA PRZESTĘPSTWO

W art. 57 ust. 1 dyrektywy 2014/24/UE określono następujące powody wykluczenia:	
1.	udział w organizacji przestępczej ¹³ ;
2.	korupcja ¹⁴ ;
3.	nadużycie finansowe ¹⁵ ;
4.	przestępstwa terrorystyczne lub przestępstwa związane z działalnością terrorystyczną ¹⁶
5.	pranie pieniędzy lub finansowanie terroryzmu ¹⁷
6.	praca dzieci i inne formy handlu ludźmi ¹⁸ .

Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo na podstawie przepisów krajowych stanowiących wdrożenie podstaw określonych w art. 57 ust. 1 wspomnianej dyrektywy:	Odpowiedź:
Czy w stosunku do samego wykonawcy bądź jakiegokolwiek osoby będącej członkiem organów administracyjnych, zarządzających lub nadzorczych wykonawcy, lub posiadającej w przedsiębiorstwie wykonawcy uprawnienia do reprezentowania, uprawnienia decyzyjne lub kontrolne, wydany został prawomocny wyrok z jednego z wyżej wymienionych powodów, orzeczeniem sprzed najwyżej pięciu lat lub w którym okres wykluczenia określony bezpośrednio w wyroku nadal obowiązuje?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....][.....] ¹⁹
Jeżeli tak , proszę podać ²⁰ : a) datę wyroku, określić, których spośród punktów 1–6 on dotyczy, oraz podać powód(-ody) skazania; b) wskazać, kto został skazany []; c) w zakresie, w jakim zostało to bezpośrednio ustalone w wyroku:	a) data: [], punkt(-y): [], powód(-ody): [] b) [.....] c) długość okresu wykluczenia [.....] oraz punkt(-y), którego(-ych) to dotyczy. Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w

¹³ Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 decyzji ramowej Rady 2008/841/WSiSW z dnia 24 października 2008 r. w sprawie zwalczania przestępczości zorganizowanej (Dz.U. L 300 z 11.11.2008, s. 42).

¹⁴ Zgodnie z definicją zawartą w art. 3 Konwencji w sprawie zwalczania korupcji urzędników Wspólnot Europejskich i urzędników państw członkowskich Unii Europejskiej (Dz.U. C 195 z 25.6.1997, s. 1) i w art. 2 ust. 1 decyzji ramowej Rady 2003/568/WSiSW z dnia 22 lipca 2003 r. w sprawie zwalczania korupcji w sektorze prywatnym (Dz.U. L 192 z 31.7.2003, s. 54). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również korupcję zdefiniowaną w prawie krajowym instytucji zamawiającej (podmiotu zamawiającego) lub wykonawcy.

¹⁵ W rozumieniu art. 1 Konwencji w sprawie ochrony interesów finansowych Wspólnot Europejskich (Dz.U. C 316 z 27.11.1995, s. 48).

¹⁶ Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 i 3 decyzji ramowej Rady z dnia 13 czerwca 2002 r. w sprawie zwalczania terroryzmu (Dz.U. L 164 z 22.6.2002, s. 3). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również podżeganie do popełnienia przestępstwa, pomocnictwo, współsprawstwo lub usiłowanie popełnienia przestępstwa, o których mowa w art. 4 tejże decyzji ramowej.

¹⁷ Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 dyrektywy 2005/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 października 2005 r. w sprawie przeciwdziałania korzystaniu z systemu finansowego w celu prania pieniędzy oraz finansowania terroryzmu (Dz.U. L 309 z 25.11.2005, s. 15).

¹⁸ Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/36/UE z dnia 5 kwietnia 2011 r. w sprawie zapobiegania handlowi ludźmi i zwalczania tego procederu oraz ochrony ofiar, zastępującej decyzję ramową Rady 2002/629/WSiSW (Dz.U. L 101 z 15.4.2011, s. 1).

¹⁹ Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne.

²⁰ Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne.

	formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....][.....] ²¹
W przypadku skazania, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia ²² („samooczyszczenie”)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jeżeli tak , proszę opisać przedsięwzięte środki ²³ :	[.....]

B: PODSTAWY ZWIĄZANE Z PŁATNOŚCIĄ PODATKÓW LUB SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE

Płatność podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne:	Odpowiedź:	
Czy wykonawca wywiązał się ze wszystkich obowiązków dotyczących płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne , zarówno w państwie, w którym ma siedzibę, jak i w państwie członkowskim instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego, jeżeli jest ono inne niż państwo siedziby?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Jeżeli nie , proszę wskazać: a) państwo lub państwo członkowskie, którego to dotyczy; b) jakiej kwoty to dotyczy? c) w jaki sposób zostało ustalone to naruszenie obowiązków: 1) w trybie decyzji sądowej lub administracyjnej: – Czy ta decyzja jest ostateczna i wiążąca? – Proszę podać datę wyroku lub decyzji. – W przypadku wyroku, o ile została w nim bezpośrednio określona , długość okresu wykluczenia: 2) w inny sposób ? Proszę sprecyzować, w jaki: d) Czy wykonawca spełnił lub spełni swoje obowiązki, dokonując płatności należnych podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne, lub też zawierając wiążące porozumienia w celu spłaty tych należności, obejmujące w stosownych przypadkach narosłe odsetki lub grzywny?	Podatki	Składki na ubezpieczenia społeczne
	a) [.....] b) [.....] c1) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie – <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie – [.....] – [.....] c2) [...] d) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli tak , proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [.....]	a) [.....] b) [.....] c1) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie – <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie – [.....] – [.....] c2) [...] d) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli tak , proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [.....]

²¹ Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne.

²² Zgodnie z przepisami krajowymi wdrażającymi art. 57 ust. 6 dyrektywy 2014/24/UE.

²³ Uwzględniając charakter popełnionych przestępstw (jednorazowe, powtarzające się, systematyczne itd.), objaśnienie powinno wykazywać stosowność przedsięwziętych środków.

<p>Czy wykonawca jest winien poważnego wykroczenia zawodowego²⁹?</p> <p>Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>[.....]</p> <p>Jeżeli tak, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki: [.....]</p>
<p>Czy wykonawca zawarł z innymi wykonawcami porozumienia mające na celu zakłócenie konkurencji?</p> <p>Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>[...]</p> <p>Jeżeli tak, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki: [.....]</p>
<p>Czy wykonawca wie o jakimkolwiek konflikcie interesów³⁰ spowodowanym jego udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia?</p> <p>Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>[...]</p>
<p>Czy wykonawca lub przedsiębiorstwo związane z wykonawcą doradzał(-o) instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu bądź był(-o) w inny sposób zaangażowany(-e) w przygotowanie postępowania o udzielenie zamówienia?</p> <p>Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>[...]</p>
<p>Czy wykonawca znajdował się w sytuacji, w której wcześniejsza umowa w sprawie zamówienia publicznego, wcześniejsza umowa z podmiotem zamawiającym lub wcześniejsza umowa w sprawie koncesji została rozwiązana przed czasem, lub w której nałożone zostało odszkodowanie bądź inne porównywalne sankcje w związku z tą wcześniejszą umową?</p> <p>Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>[...]</p> <p>Jeżeli tak, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki: [.....]</p>
<p>Czy wykonawca może potwierdzić, że:</p> <p>a) nie jest winny poważnego wprowadzenia w błąd przy dostarczaniu informacji wymaganych do weryfikacji braku podstaw wykluczenia lub do weryfikacji spełnienia kryteriów kwalifikacji;</p> <p>b) nie zataił tych informacji;</p> <p>c) jest w stanie niezwłocznie przedstawić dokumenty potwierdzające wymagane przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający;</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>

²⁹
³⁰

W stosownych przypadkach zob. definicje w prawie krajowym, stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia.
Wskazanym w prawie krajowym, stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia.

<p>oraz</p> <p>d) nie przedsięwziął kroków, aby w bezprawny sposób wpłynąć na proces podejmowania decyzji przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający, pozyskać informacje poufne, które mogą dać mu nienależną przewagę w postępowaniu o udzielenie zamówienia, lub wskutek zaniedbania przedstawić wprowadzające w błąd informacje, które mogą mieć istotny wpływ na decyzje w sprawie wykluczenia, kwalifikacji lub udzielenia zamówienia?</p>	
--	--

D: INNE PODSTAWY WYKLUCZENIA, KTÓRE MOGĄ BYĆ PRZEWIDZIANE W PRZEPISACH KRAJOWYCH PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCEJ LUB PODMIOTU ZAMAWIAJĄCEGO

Podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym	Odpowiedź:
<p>Czy mają zastosowanie podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym określone w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia?</p> <p>Jeżeli dokumentacja wymagana w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]³¹</p>
<p>W przypadku gdy ma zastosowanie którakolwiek z podstaw wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia?</p> <p>Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>[.....]</p>

³¹

Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne.

Część IV: Kryteria kwalifikacji

W odniesieniu do kryteriów kwalifikacji (sekcja α lub sekcje A–D w niniejszej części) wykonawca oświadcza, że:

α : OGÓLNE OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WSZYSTKICH KRYTERIÓW KWALIFIKACJI

Wykonawca powinien wypełnić to pole jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wskazały w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu, że wykonawca może ograniczyć się do wypełnienia sekcji α w części IV i nie musi wypełniać żadnej z pozostałych sekcji w części IV:

Spełnienie wszystkich wymaganych kryteriów kwalifikacji	Odpowiedź
Spełnia wymagane kryteria kwalifikacji:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

A: KOMPETENCJE

Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.

Kompetencje	Odpowiedź
<p>1) Figuruje w odpowiednim rejestrze zawodowym lub handlowym prowadzonym w państwie członkowskim siedziby wykonawcy³²: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</p>	<p>[...]</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</p>
<p>2) W odniesieniu do zamówień publicznych na usługi: Czy konieczne jest posiadanie określonego zezwolenia lub bycie członkiem określonej organizacji, aby mieć możliwość świadczenia usługi, o której mowa, w państwie siedziby wykonawcy?</p> <p>Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Jeżeli tak, proszę określić, o jakie zezwolenie lub status członkowski chodzi, i wskazać, czy wykonawca je posiada: [...] <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</p>

B: SYTUACJA EKONOMICZNA I FINANSOWA

Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.

Sytuacja ekonomiczna i finansowa	Odpowiedź:
<p>1a) Jego („ogólny”) roczny obrót w ciągu określonej liczby lat obrotowych wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący: i/lub</p>	<p>rok: [.....] obrót: [.....] [...] waluta rok: [.....] obrót: [.....] [...] waluta rok: [.....] obrót: [.....] [...] waluta</p>

³² Zgodnie z opisem w załączniku XI do dyrektywy 2014/24/UE; wykonawcy z niektórych państw członkowskich mogą być zobowiązani do spełnienia innych wymogów określonych w tym załączniku.

<p>1b) Jego średni roczny obrót w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący³³ (): Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</p>	<p>(liczba lat, średni obrót): [.....], [.....] [...] waluta</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</p>
<p>2a) Jego roczny („specyficzny”) obrót w obszarze działalności gospodarczej objętym zamówieniem i określonym w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia w ciągu wymaganej liczby lat obrotowych jest następujący: i/lub 2b) Jego średni roczny obrót w przedmiotowym obszarze i w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący³⁴: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</p>	<p>rok: [.....] obrót: [.....] [...] waluta rok: [.....] obrót: [.....] [...] waluta rok: [.....] obrót: [.....] [...] waluta</p> <p>(liczba lat, średni obrót): [.....], [.....] [...] waluta</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</p>
<p>3) W przypadku gdy informacje dotyczące obrotu (ogólnego lub specyficznego) nie są dostępne za cały wymagany okres, proszę podać datę założenia przedsiębiorstwa wykonawcy lub rozpoczęcia działalności przez wykonawcę:</p>	<p>[.....]</p>
<p>4) W odniesieniu do wskaźników finansowych³⁵ określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia wykonawca oświadcza, że aktualna(-e) wartość(-ci) wymaganego(-ych) wskaźnika(-ów) jest (są) następująca(-e): Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</p>	<p>(określenie wymaganego wskaźnika – stosunek X do Y³⁶ – oraz wartość): [.....], [.....]³⁷</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</p>
<p>5) W ramach ubezpieczenia z tytułu ryzyka zawodowego wykonawca jest ubezpieczony na następującą kwotę: Jeżeli te informacje są dostępne w formie elektronicznej, proszę wskazać:</p>	<p>[.....] [...] waluta</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</p>
<p>6) W odniesieniu do innych ewentualnych wymogów ekonomicznych lub finansowych, które mogły zostać określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia, wykonawca oświadcza, że:</p>	<p>[.....]</p>

³³ Jedynie jeżeli jest to dopuszczalne w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia.

³⁴ Jedynie jeżeli jest to dopuszczalne w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia.

³⁵ Np. stosunek aktywów do zobowiązań.

³⁶ Np. stosunek aktywów do zobowiązań.

³⁷ Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne.

	adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]
--	---

C: ZDOLNOŚĆ TECHNICZNA I ZAWODOWA

Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.

Zdolność techniczna i zawodowa	Odpowiedź:								
<p>1a) Jedynie w odniesieniu do zamówień publicznych na roboty budowlane: W okresie odniesienia³⁸ wykonawca wykonał następujące roboty budowlane określonego rodzaju: Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca zadowalającego wykonania i rezultatu w odniesieniu do najważniejszych robót budowlanych jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</p>	<p>Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): [...] Roboty budowlane: [.....] (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</p>								
<p>1b) Jedynie w odniesieniu do zamówień publicznych na dostawy i zamówień publicznych na usługi: W okresie odniesienia³⁹ wykonawca zrealizował następujące główne dostawy określonego rodzaju lub wyświadczył następujące główne usługi określonego rodzaju: Przy sporządzaniu wykazu proszę podać kwoty, daty i odbiorców, zarówno publicznych, jak i prywatnych⁴⁰:</p>	<p>Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): [...]</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Opis</th> <th>Kwoty</th> <th>Daty</th> <th>Odbiorcy</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Opis	Kwoty	Daty	Odbiorcy				
Opis	Kwoty	Daty	Odbiorcy						
<p>2) Może skorzystać z usług następujących pracowników technicznych lub służb technicznych⁴¹, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości:</p> <p>Zgodnie z treścią SIWZ</p> <p>W przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane wykonawca będzie mógł się zwrócić do następujących pracowników technicznych lub służb technicznych o wykonanie robót:</p>	<p>TAK/NIE</p> <p>[.....]</p>								

³⁸ Instytucje zamawiające mogą **wymagać**, aby okres ten wynosił do pięciu lat, i **dopuszczać** legitymowanie się doświadczeniem sprzed **ponad** pięciu lat.

³⁹ Instytucje zamawiające mogą **wymagać**, aby okres ten wynosił do trzech lat, i **dopuszczać** legitymowanie się doświadczeniem sprzed **ponad** trzech lat.

⁴⁰ Innymi słowy, należy wymienić **wszystkich** odbiorców, a wykaz powinien obejmować zarówno klientów publicznych, jak i prywatnych w odniesieniu do przedmiotowych dostaw lub usług.

⁴¹ W przypadku pracowników technicznych lub służb technicznych nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, lecz na których zdolności wykonawca ten polega, jak określono w części II sekcja C, należy wypełnić odrębne formularze jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia.

3) Korzysta z następujących urządzeń technicznych oraz środków w celu zapewnienia jakości , a jego zaplecze naukowo-badawcze jest następujące:	[.....]
4) Podczas realizacji zamówienia będzie mógł stosować następujące systemy zarządzania łańcuchem dostaw i śledzenia łańcucha dostaw:	[.....]
5) W odniesieniu do produktów lub usług o złożonym charakterze, które mają zostać dostarczone, lub – wyjątkowo – w odniesieniu do produktów lub usług o szczególnym przeznaczeniu: Czy wykonawca zezwoli na przeprowadzenie kontroli⁴² swoich zdolności produkcyjnych lub zdolności technicznych , a w razie konieczności także dostępnych mu środków naukowych i badawczych , jak również środków kontroli jakości ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
6) Następującym wykształceniem i kwalifikacjami zawodowymi legitymuje się: a) sam usługodawca lub wykonawca: lub (w zależności od wymogów określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): b) jego kadra kierownicza:	a) [.....] b) [.....]
7) Podczas realizacji zamówienia wykonawca będzie mógł stosować następujące środki zarządzania środowiskowego :	[.....]
8) Wielkość średniego rocznego zatrudnienia u wykonawcy oraz liczebność kadry kierowniczej w ostatnich trzech latach są następujące	Rok, średnie roczne zatrudnienie: [.....], [.....] [.....], [.....] [.....], [.....] Rok, liczebność kadry kierowniczej: [.....], [.....] [.....], [.....] [.....], [.....]
9) Będzie dysponował następującymi narzędziami, wyposażeniem zakładu i urządzeniami technicznymi na potrzeby realizacji zamówienia:	[.....]
10) Wykonawca zamierza ewentualnie zlecić podwykonawcom⁴³ następującą część (procentową) zamówienia:	[.....]
11) W odniesieniu do zamówień publicznych na dostawy: Wykonawca dostarczy wymagane próbki, opisy lub fotografie produktów, które mają być dostarczone i którym nie musi towarzyszyć	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

⁴² Kontrolę ma przeprowadzać instytucja zamawiająca lub – w przypadku gdy instytucja ta wyrazi na to zgodę – w jej imieniu, właściwy organ urzędowy państwa, w którym dostawca lub usługodawca ma siedzibę.

⁴³ Należy zauważyć, że jeżeli wykonawca **postanowił** zlecić podwykonawcom realizację części zamówienia **oraz** polega na zdolności podwykonawców na potrzeby realizacji tej części, to należy wypełnić odrębny jednolity europejski dokument zamówienia dla tych podwykonawców (zob. powyżej, część II sekcja C).

<p>świadectwo autentyczności.</p> <p>Wykonawca oświadcza ponadto, że w stosownych przypadkach przedstawi wymagane świadectwa autentyczności.</p> <p>Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</p>
<p>12) W odniesieniu do zamówień publicznych na dostawy: Czy wykonawca może przedstawić wymagane zaświadczenia sporządzone przez urzędowe instytuty lub agencje kontroli jakości o uznanych kompetencjach, potwierdzające zgodność produktów poprzez wyraźne odniesienie do specyfikacji technicznych lub norm, które zostały określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia?</p> <p>Jeżeli nie, proszę wyjaśnić dlaczego, i wskazać, jakie inne środki dowodowe mogą zostać przedstawione:</p> <p>Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>[...]</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</p>

D: SYSTEMY ZAPEWNIANIA JAKOŚCI I NORMY ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO

Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają systemów zapewniania jakości lub norm zarządzania środowiskowego w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.

Systemy zapewniania jakości i normy zarządzania środowiskowego	Odpowiedź:
<p>Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić zaświadczenia sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymaganych norm zapewniania jakości, w tym w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych?</p> <p>Jeżeli nie, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące systemu zapewniania jakości mogą zostać przedstawione: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>[.....] [.....]</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....][.....][.....]</p>

<p>Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić zaświadczenia sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymogów określonych systemów lub norm zarządzania środowiskowego? Jeżeli nie, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące systemów lub norm zarządzania środowiskowego mogą zostać przedstawione: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>[.....] [.....]</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [.....].[.....][.....]</p>
--	--

Część V: Ograniczanie liczby kwalifikujących się kandydatów

Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający określili obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów, którzy zostaną zaproszeni do złożenia ofert lub prowadzenia dialogu. Te informacje, którym mogą towarzyszyć wymogi dotyczące (rodzajów) zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów, które ewentualnie należy przedstawić, określono w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.

Dotyczy jedynie procedury ograniczonej, procedury konkurencyjnej z negocjacjami, dialogu konkurencyjnego i partnerstwa innowacyjnego:

Wykonawca oświadcza, że:

Ograniczanie liczby kandydatów	Odpowiedź:
<p>W następujący sposób spełnia obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów:</p> <p>W przypadku gdy wymagane są określone zaświadczenia lub inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, proszę wskazać dla każdego z nich, czy wykonawca posiada wymagane dokumenty:</p> <p>Jeżeli niektóre z tych zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów są dostępne w postaci elektronicznej⁴⁴, proszę wskazać dla każdego z nich:</p>	<p>[.....]</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie⁴⁵</p> <p>(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):</p> <p>[.....][.....][.....]⁴⁶</p>

Część VI: Oświadczenia końcowe

Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że informacje podane powyżej w częściach II–V są dokładne i prawidłowe oraz że zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji poważnego wprowadzenia w błąd.

Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że jest (są) w stanie, na żądanie i bez zwłoki, przedstawić zaświadczenia i inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, z wyjątkiem przypadków, w których:

a) instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający ma możliwość uzyskania odpowiednich dokumentów potwierdzających bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim⁴⁷, lub

b) najpóźniej od dnia 18 kwietnia 2018 r.⁴⁸, instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający już posiada odpowiednią dokumentację.

Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie wyraża(-ją) zgodę na to, aby [wskazać instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający określone w części I, sekcja A] uzyskać(-a)(-o) dostęp do dokumentów potwierdzających informacje, które zostały przedstawione w [wskazać część/sekcję/punkt(-y), których to dotyczy] niniejszego jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia, na potrzeby [określić postępowanie o udzielenie zamówienia: (skrótowy opis, adres publikacyjny w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, numer referencyjny)].

.....
Data, miejscowość, podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

⁴⁴ Proszę jasno wskazać, do której z pozycji odnosi się odpowiedź.

⁴⁵ Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne.

⁴⁶ Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne.

⁴⁷ Pod warunkiem że wykonawca przekazał niezbędne informacje (adres internetowy, dane wydającego urzędu lub organu, dokładne dane referencyjne dokumentacji) umożliwiające instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu tę czynność. W razie potrzeby musi temu towarzyszyć odpowiednia zgoda na uzyskanie takiego dostępu.

⁴⁸ W zależności od wdrożenia w danym kraju artykułu 59 ust. 5 akapit drugi dyrektywy 2014/24/UE.